

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE

1943

THÈSE

N°

272

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul GUILBAUD

né le 2 mars 1917, à Machecoul (Loire-Inférieure)

Présentée et soutenue publiquement le

19

43

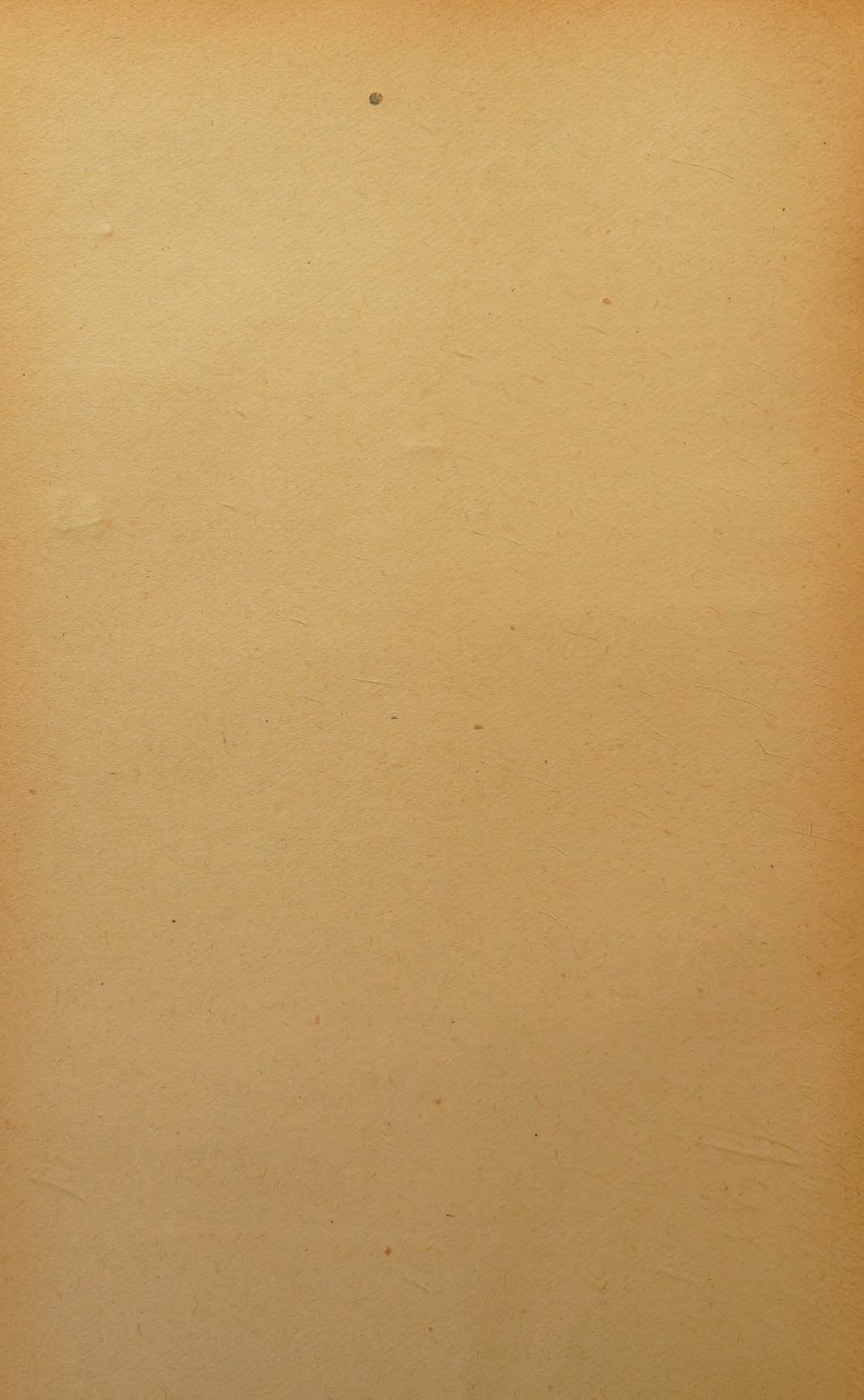
A PROPOS D'UN CAS
DE DILATATION AIGÜE SPONTANÉE
DE L'ESTOMAC

Président : M. SÉNÈQUE, Professeur

1943

ÉVREUX
IMPRIMERIE HÉRISSEY
4, RUE ARSÈNE-MEUNIER, 4
1949

1311 1943



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul GUILBAUD

né le 2 mars 1917, à Machecoul (Loire-Inférieure)

Présentée et soutenue publiquement le..... 19.....

A PROPOS D'UN CAS DE DILATATION AIGUË SPONTANÉE DE L'ESTOMAC

Président : M. SÈNÈQUE, Professeur

ÉVREUX
IMPRIMERIE HÉRISSEY
4, RUE ARSÈNE-MEUNIER, 4

1949



DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN..... Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR..... Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
Cliniques chirurgicales	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
	BENARD (H.)
Cliniques médicales	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	Pasteur VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	LANTUEJOL (P.)
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHEL (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	JUSTIN-BESANÇON (L.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance .	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie ...	{ N... DELMAS. N. ff DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale.	{ PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Anatomie pathologique.	{ DELARUE. Mlle GAUTHIER. VILLARS.		
Bactériologie .	{ BONNET. FASQUELE.	Pathologie expériment.	{ MERKLEN.
Biochimie médicale. ...	{ ETTORI. SCHAPIRA.		
Dermato- syphiligr. ...	{ DEGOS.		
Histologie	{ GOUJARD. DESCLAUX.	Pathologie médicale. ...	{ BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilb.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Hydrologie. .	{ DEBRAY.		
Hygiène.	{ BOYER. DEPARIS.		
Médecine lég. .	{ DEROBERT.		
Neuro-chirur. .	{ PUECH.		
Neurologie. . .	{ DE SEZE.		
	{ DIGONNET.	Pédiatrie. . . .	{ LAPLANE. MARIE (Julien).
Obstétrique . .	{ MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Pharmacol. . .	{ CHEYMOL.
Ophthalmol. ...	{ OFFRET.	Physiologie	{ BARGETON. PARROT.
Oto-rhino- laryngologie	{ AUBIN.	Physique médicale. . .	{ DJOURNO.
Parasitologie	BRUMPT L.-G.	Psychiatrie. .	BARUK.
Pathologie. . .	{ FEVRE.	Thérapeutique	
chirurgicale.	{ HUGUIER. LEGER.	Agr. ch. d'ens.	BROUET.
		Urologie.	COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*)
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale.	AMELINE. FUNCK- BRENTANO. MENEGAUX.	Clinique obstétricale.	ECALLE. LACOMME.
Clinique médicale. ...	BOULIN. HAGUENAU. MOUQUIN.	Clinique ophtalmolog.	RENARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint. Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef . Dr A. HAHN.

Bibliothécaires. Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon père, à ma mère.

A ma femme.

A mon fils.

A mes beaux-parents.

A ma sœur.

A mon beau-frère.

A mes belles-sœurs.

A tous les miens.

A mon ami

le Docteur Jean POISSONNET.

A mes camarades.

A mes professeurs.

*A Messieurs les Médecins
de l'hôpital civil
de Rochefort-sur-Mer.*

A mon maître le docteur P.-L. PELTIER.

*Ancien interne des Hôpitaux de Paris
ancien aide d'anatomie à la Faculté de Paris.*

*Chirurgien en chef
de l'Hôpital civil de Rochefort-sur-Mer*

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre.

*Faible témoignage de
ma grande reconnais-
sance et de mon res-
pectueux attachement.*

A notre président de thèse,

M. le Professeur SENEQUE.

*Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard.*

*Qui nous à fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.*

Hommage respectueux.

A mes juges.

Paul-Alexandre-Francis-Marie GUILBAUD,
né le 2 mars 1917 à Machecoul (Loire-Inf.).
Hôpital civil, Rochefort-sur-Mer.

A PROPOS D'UN CAS
DE DILATATION AIGUE SPONTANÉE
DE L'ESTOMAC

OBSERVATION

Observation. — D^{rs} PELTIER et GUILBAUD (inédite)

Dilatation aiguë spontanée de l'estomac.

Ponction de l'estomac. . . Guérison.

Le 26 décembre 1942 à 21 heures nous appelons au téléphone, le docteur Peltier et nous lui disons qu'il vient d'entrer dans le service de chirurgie de l'hôpital Saint-Charles, un homme de 47 ans, envoyé par son médecin traitant le D^r R. . . . , pour « péritonite aiguë » mais qui nous semble plutôt présenter des signes d'occlusion intestinale aiguë. Le docteur Peltier voit presque aussitôt après le malade, il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, d'apparence robuste, couché dans son lit sans aucune attitude spéciale qui paraît souffrir beaucoup.

L'interrogatoire nous apprend que cet homme est un cheminot exerçant le dur métier d'ouvrier de la voie, il est marié et père de famille.

HISTOIRE de la MALADIE :

Jusqu'à hier matin, cet homme s'était toujours bien porté et n'avait jamais souffert de l'estomac.

Le 24 décembre, au dîner, il avait mangé une soupe, un peu de légumes et 5 ou 6 crêpes. Il a bien dormi.

Le 25, à midi, il avait mangé du pot-au-feu (un peu de viande bouillie et des légumes : choux, navets, carottes), la valeur de deux assiettes à soupe, c'est-à-dire à peine plus que d'habitude. Puis une tasse de café « national » avec une « petite goutte », parce que c'était Noël.

Le même jour à 14 heures, il commence à ressentir des petites coliques en barre au niveau de l'ombilic.

Une selle à 14 h. 30, peu abondante et qui ne calme pas les douleurs.

A 15 heures, nausées. Ne pouvant pas vomir spontanément il essaie de le faire, espérant se soulager, en mettant deux doigts dans la bouche, sans aucun résultat.

Les coliques qu'il ressent toujours sont continues mais avec des paroxysmes plus douloureux toutes les 10 minutes environ. Elles siègent au niveau de l'ombilic, barrant transversalement l'abdomen.

Elles deviennent de plus en plus fortes dans la soirée, puis dans la nuit, « à se tordre », dit le malade. Elles ne sont calmées par aucune position.

A 17 heures apparaissent des vomissements. Ils sont fréquents (tous les $1/4$ d'heure). Ils sont très abondants ($1/2$ seau hygiénique le 25, et $1/2$ seau hygiénique le 26 ?).

Ils sont composés de tous les bouillons et tisanes qu'il boit, mélangés à des « saletés jaunâtres ou verdâtres très amères ».

Ils ne calment pas les coliques.

Mêmes symptômes pendant toute la nuit.

Le Docteur R. . . . arrive le 26 au matin, il constate que le ventre est souple et donne quelques médicaments qui ne feront aucun effet.

Le 26, à 16 h. 30, le malade qui a toujours les mêmes coliques et les mêmes vomissements s'aperçoit que son ventre enfle, il fait revenir le docteur R., qui l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic « Péritonite ».

Le malade n'a eu ni selle, ni gaz, depuis le 25 à 14 h. 30.

EXAMEN CLINIQUE :

L'interrogatoire terminé, nous procédons à l'examen du ventre.

On est frappé tout de suite par le ballonnement considérable de l'abdomen qui forme une voussure médiane allant de l'épigastre au pubis et obliquement dirigée en bas vers la droite.

La palpation permet de percevoir un énorme ballon ayant les mêmes limites que la voussure, les fosses iliaques étant au contraire parfaitement libres et souples. La paroi à la surface de ce ballon donne une sensation de tension manifeste, mais dans le quadrant supérieur droit, il n'est pas possible de dire s'il y a tension ou contracture. En outre cette région du quadrant supérieur droit est très douloureuse à la pression, alors que dans le reste de l'abdomen la douleur à la palpation est assez vague.

À la percussion : ni sonorité ni matité franche.

Le toucher rectal ne donne aucun renseignement particulier.

L'aspect général est celui d'un malade qui souffre beaucoup, le pouls est à 100, petit, la température est de 37°2, les extrémités sont chaudes.

Devant ce tableau clinique nous hésitons entre un volvulus du sigmoïde, une dilatation aiguë de l'estomac et une péritonite aiguë par perforation d'ulcus. Les deux premiers diagnostics paraissent les plus vraisemblables.

EXAMEN RADIOLOGIQUE :

Le malade est transporté aussitôt à la salle de radiographie où M. de Fleurian, Interne de garde, procède à l'examen radiologique qu'il est d'usage de pratiquer dans le service pour tous les ventres aigus et en particulier pour les occlusions intestinales aiguës.

1° EXAMEN RADIOLOGIQUE DEBOUT SANS PRÉPARATION.

a) *Examen radioscopique* : Malade debout sans préparation. Les coupes diaphragmatiques sont vues mais on ne distingue rien de précis.

b) *Radiographie* : Malade debout, sans préparation. Cette plaque ne montre aucune image claire d'intestin (iléon ou colon) sauf, vers la droite, où l'on note une bulle de forme ovoïde, grosse comme un petit œuf, avec un niveau liquide : tout le reste de la plaque est occupé par une tache opaque, un brouillard d'où l'on ne tire aucune conclusion.

2° *RADIOGRAPHIE COUCHE SANS PREPARATION* : même aspect.

3° *EXAMEN RADIOSCOPIQUE et RADIOGRAPHIE MALADE COUCHE AVEC INTRODUCTION D'UN LAVEMENT OPAQUE* : Le lavement pénètre facilement dans le colon jusqu'à l'angle gauche et à partir de ce moment c'est une révélation subite de voir le lavement descendre dans le colon transverse qui dessine une guirlande étroite en forme de fer à cheval, dont la partie déclive descend jusqu'au pubis pour remonter ensuite vers l'angle droit. L'image radiographique fixe cet aspect, et dès ce moment, le diagnostic de dilatation aiguë de l'estomac est fait.

ESSAI DE TRAITEMENT MEDICAL :

Le malade étant ramené dans sa chambre on procède immédiatement à un essai de tubage au tube de Faucher. Le tube est enfoncé profondément sans difficulté mais contrairement à ce que l'on s'attendait, on ne perçoit pas l'explosion libératrice de gaz, le tube donne seulement un peu de liquide noirâtre à peine un fond de cuvette, on branche alors le tube de Faucher sur l'aspirateur électrique, le résultat est nul : le tube est retiré, il ne paraît pas s'être bouché. On introduit alors, une sonde duodénale par le nez qui ne donne rien. Des essais répétés d'aspiration avec une grosse seringue sont faits sans résultat.

Vers minuit, le docteur Peltier, revoit le malade qui est toujours dans le même état et qui souffre beaucoup : dans ces conditions il décide aussitôt de l'opérer.

OPERATION :

(Docteur Peltier — Docteur Bonduel)

Nous transcrivons ici, le compte-rendu de l'opération tel qu'il nous a été remis par le docteur Peltier.

Anesthésie générale au balsoforme : Petite incision médiane à cheval sur l'ombilic. L'estomac apparaît immédiatement comme la paroi d'un kyste violacé, noirâtre. Sans se livrer à aucune manœuvre d'extériorisation et de même qu'on procède pour un kyste de l'ovaire, l'estomac est ponctionné à la partie déclivée de l'incision avec un gros trocart à kyste sur lequel on branche l'aspirateur électrique. On retire très rapidement la valeur d'un 1/2 flacon d'aspirateur soit 2 litres d'un liquide noirâtre, aussitôt et d'une façon remarquable, on voit la paroi d'estomac changer de couleur, reprendre sa tonicité et son épaisseur.

En même temps, la grande courbure, cachée au moment de l'incision, devient visible en remontant jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Le trocart est enlevé et l'orifice de ponction est suturé. On explore alors avec le minimum de manœuvres.

Du côté pylore-duodénum, on note seulement des accollements anormaux du duodénum, sans avoir le temps d'en noter la disposition exacte. La vésicule biliaire est normale. En relevant le mésocolon on constate que la 2^e et 3^e portion du duodénum sont d'un calibre plus important que normalement (3 cm environ de largeur), cette augmentation de volume s'étendant jusqu'à l'angle duodéno-jéjunal.

Au delà, l'intestin est aplati d'une façon assez frappante sans avoir cependant cet aspect d'intestin de poulet, décrit dans certaines observations et forme un paquet accolé contre la paroi.

La corde mésentérique marque un sillon sur D3 mais elle se soulève facilement et ne donne pas l'impression d'être cause d'occlusion. Après quelques minutes d'hésitation sur l'utilité d'une opération complémentaire (duodéno-jejuno-stomie (gastro-entérostomie), nous estimons que celle-ci est inutile et nous refermons la paroi.

Aussitôt après l'opération, qui n'a produit aucun shock chez le malade, il est procédé par l'Interne de service à une transfusion de 500 cc. de sérum physiologique I. V., très lentement avec l'appareil de Jouvelet, on y adjoint 20 cm³ de ClNa et à 20 % et du pressyl. Une piqûre de morphine est faite au réveil du malade.

SUITES IMMEDIATES :

Les suites opératoires sont remarquablement simples : dès le lendemain matin, à la visite, le malade a le faciès détendu, il ne souffre plus, il ne vomit pas et il a commencé à boire.

Reprise rapide mais progressive et prudente de l'alimentation.

Gaz, le premier jour après l'opération.

Selle, le 3^e jour.

Se lève, le 10^e jour.

Quitte l'hôpital, le 15^e jour.

Examen radiologique (poumons, plèvres, médiastin) :

Rien d'anormal.

R O C = 35 — 32.

Poids = 54 kg 400.

SUITES ELOIGNEES :

Le 26 janvier 1943 : Examen radiologique de l'estomac. (D^r Fontorbe) « estomac de volume normal, bonne tonicité, évacuation régulière, de rapidité normale, pas d'image anormale des faces ; transit normal ».

Le 26 mars 1943 : Le malade vient de passer un mois chez ses parents, en Gironde où il a mangé, bœuf, veau, cochon, pommes de terre, etc... et même des choux, malgré l'interdiction, sans ressentir aucun trouble. Cependant légère pesanteur épigastrique, de courte durée, après les repas, s'il mange trop vite.

Poids = 59 kg 250.

Examen radiologique, même chose que le 26 janvier 1943.

CHAPITRE II

A PROPOS DU DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC CLINIQUE. — Dans l'observation que nous apportons, le diagnostic a été fait avec exactitude, mais tout le mérite en revient à l'examen radiologique, par lavement baryté. C'est un point que nous voudrions finalement mettre en valeur.

Notre malade a présenté la tétrade symptomatique maintenant classique de la dilatation spontanée aiguë de l'estomac :

la douleur,
le ballonnement,
les vomissements,
les signes généraux.

1° *La douleur* : a eu un début assez brutal, deux heures après le repas, et cette brutalité du début, qui n'atteint pas tout de même la précision initiale du coup de poignard de la perforation, est assez habituelle puisqu'on la retrouve dans 75 % des cas, alors que beaucoup plus rarement elle peut être progressive jusqu'à mettre huit jours à se développer.

Elle était intermittente, à type de coliques, caractère que nous retrouvons dans quatre observations (Charrier, Lefillatre, Laffitte, Rochlin), alors que d'une façon plus habituelle, elle est continue. Ayant assez rapidement augmenté d'intensité, elle est devenue au bout de quelques heures « à se tordre ». Cette intensité de la douleur est un fait assez remarquable que l'on retrouve dans toutes les observations, sauf une, où elle est décrite comme arrachant des cris au malade.

Enfin, comme il est de coutume, elle était « en barre », à siège épigastrique ou à hauteur de l'ombilic.

2° *Le Ballonnement* : du ventre a présenté ceci de particulier, qu'il n'a pas suivi immédiatement l'apparition des douleurs, et ne s'est manifesté que vingt-quatre heures après.

C'est à ce moment que le médecin traitant crut à une péritonite et envoya le malade à l'hôpital. Une fois constitué, il a présenté les caractères partout décrits. Ce volumineux ballon, obliquement dirigé, en bas et à droite, occupait tout le ventre, de l'épigastre au pubis, laissant souples et libres les fosses iliaques, donnant très nettement une sensation de tension, il donnait à la percussion une sonorité intermédiaire à la sonorité signalée par les uns, et au tympanisme décrit par les autres. Mais le fait intéressant c'est que dans le quadrant supérieur du côté droit, la paroi donnait une sensation dont il était difficile de dire s'il s'agissait de tension extrême sous pariétale, ou de contracture vraie pariétale, et la pression en cette région était nettement douloureuse, fait que nous retrouvons signalé dans six observations (observations : V, X, XI, XXXI, XX XIV et XXXVII), où il existait une douleur à la palpation siégeant sous le foie, ou dans la région épigastrique, ou dans la partie haute de l'abdomen, alors que d'une façon habituelle, la D. S. A est indolore à la palpation.

3° *Les Vomissements* : Ils constituent le signe le plus variable. Ils peuvent faire défaut complètement, soit dans 16 % des cas (observations : IV, VIII, XV, XXX, XXXI, XLIII et XLV). Schwartz voit une preuve de l'inertie de la paroi d'un estomac forcé.

Mais habituellement, ils existent, ils sont alors successivement alimentaires, bilieux, ce qui a été le cas de notre malade, dès qu'ils sont apparus, trois heures environ après les douleurs, c'est-à-dire au moment où celles-ci devenaient plus fortes. Ils n'ont pas atteint le stade de vomissements noirâtres, vomissements « civet de lièvre », (Boppé), si

fréquemment constaté, mais parce que le malade avait cessé de vomir, qu'il était arrivé sans doute à ce qu'on a appelé le stade « d'asystolie gastrique » ; mais le contenu gastrique retiré par la sonde avait bien l'aspect noirâtre ci-dessus décrit. Ces vomissements furent particulièrement abondants, un plein seau hygiénique en 36 heures. Cette abondance est très souvent signalée, sans qu'il soit donné d'ailleurs de grandes précisions à cet égard ; elle a fait souvent porter le diagnostic d'occlusion intestinale haute, mais elle est loin d'être constante. Elle est sans doute en rapport inverse avec la fréquence des vomissements, et l'on observe toute la gamme entre les vomissements espacés et les vomissements incessants, incoercibles, d'ailleurs dans ces cas, il ne s'agit plus de vomissements vrais, mais de régurgitations, de véritables vomissements par regorgement comme il a été dit.

4° *L'Etat Général* : était moyennement touché : aspect d'un homme qui souffre, pouls à 100 — température normale, pas d'aspect spécialement frappant de déshydratation. En cela il ressemblait à quelques-uns des malades observés, puisque dans 6 cas (observations : XXX, XXXVI, XX XIX, LXI, XLVI), nous trouvons signalé que le pouls était à peine accéléré, parfois bien frappé, et presque normal. La tension artérielle, même, prise dans 2 observations était forte 13,9 et 17,10 (observations XXXVI et XL) ; en cela aussi, il différait de la plupart des malades qui sont vus par le chirurgien dans un état très grave, marqué par le faciès grippé, tiré, « péritonéal », le pouls rapide, petit, l'hypothermie, les extrémités cyanosées, refroidies ; parfois c'est un véritable moribond qu'on amène.

L'Hyperthermie est au contraire une exception, elle n'est signalée que 3 fois (observations : XII, XXX, XXXI).

En résumé, à part les nuances et variantes habituelles, les symptômes présentés par notre malade prennent place dans le cadre classique. Malgré cela, le cycle habituel d'erreurs a été renouvelé, à son sujet. Le médecin traitant l'a

envoyé à l'hôpital pour péritonite ; l'interne de garde a cru à une occlusion intestinale et après l'examen clinique le chirurgien est demeuré hésitant entre une dilatation aiguë de l'estomac, un volvulus du colon pelvien, et une perforation d'estomac par ulcus.

Cela n'a rien qui doive étonner ; Mondor écrivait à propos de cette affection en 1933, « nous ne voyons guère que des erreurs ». Cela n'a pas beaucoup changé, si l'on s'en tient au seul examen clinique. Cette constance dans l'erreur, se répétant à une époque où, en grande partie sous l'effet de l'enseignement de Mondor le goût de la recherche subtile du diagnostic précis s'est incontestablement affiné, témoigne bien de la difficulté du diagnostic clinique malgré un tableau symptomatique presque toujours le même.

Sur 46 observations, nous relevons 16 diagnostics faux, et 10 diagnostics non faits : soit 26 cas d'erreur, soit une proportion de 60 %.

Sur les 16 diagnostics faux : 6 fois on a cru à une péritonite par perforation d'ulcus, une fois à une péritonite appendiculaire ; 7 fois à une occlusion intestinale et l'on a dit 5 fois occlusion haute sur le grêle et 2 fois volvulus pelvien.

Nous laisserons de côté d'autres erreurs possibles : la pancréatite hémorragique, l'infarctus intestinal évoqués à cause des douleurs et de l'état de collapsus cardio-vasculaire, la hernie diaphragmatique, pour n'insister que sur les deux erreurs habituellement commises et qui furent les nôtres : péritonite par ulcus perforé et occlusion intestinale.

Nous avons dans notre cas discuté le diagnostic, de *péritonite par perforation d'ulcus gastrique* bien qu'il fut évident qu'un ballon semblable à celui observé et un semblable état de tension du ventre, n'auraient pu exister que dans une péritonite par perforation à sa période terminale et que l'état général eut été autrement touché qu'il ne l'était.

Mais l'existence d'une contracture dans le quadrant supérieur droit et l'existence de douleur à la pression évoquait invinciblement l'idée d'une perforation à point de départ épigastrique.

Cette cause d'erreur se retrouve dans un certain nombre d'observations, soit que l'on ait observé une contracture localisée avec douleur à siège épigastrique, soit que l'on ait pu parler d'une « véritable contracture généralisée » (Hepp) ou « d'un ventre dur comme du bois », (Cicconardi). D'ailleurs la contracture pariétale, si elle demeure un symptôme capital de la péritonite, peut néanmoins s'observer dans d'autres affections. On a décrit des contractures segmentaires dans le volvulus du cœcum et il nous souvient d'un cas récemment observé par nous chez un homme de quarante ans d'un volvulus du cœcum, qui présentait une telle contracture des droits qu'il n'était pas possible de ne pas porter le diagnostic de péritonite par perforation.

Ce qui vient augmenter l'erreur possible, entre péritonite et D. A. S. surtout lorsque l'état général atteint le stade prémortuaire, c'est qu'à ce moment la contracture de la péritonite cesse et qu'on ne trouve plus qu'une contracture et une douleur rémanente au lieu d'origine de la perforation.

Enfin pour ajouter à la confusion possible, il y a des cas de péritonite par perforation avec DAS de l'estomac où par conséquent les signes de DAS de l'estomac et de péritonite par perforation grave se mélangent.

Le deuxième diagnostic discuté était celui d'*occlusion intestinale*.

Le plus souvent les auteurs pensent à une occlusion intestinale haute à cause des vomissements précoces, abondants et incessants. En fait nous avons tout de suite écarté ce diagnostic, parce que l'énorme ballon gastrique xyphopubien ne pouvait concorder avec l'idée d'une occlusion par bride où le ventre est à peine distendu : soit qu'il se fut agi d'un volvulus, dont la tumeur qui se développe centrale

et médiane, est faite d'un peloton d'anses dilatées et n'a pas le caractère de ce ballon lisse et tendu en présence duquel nous nous trouvions.

Le volvulus du cœcum peut aussi prêter à erreur par l'existence d'un ballon à siège épigastrique pseudo-stomacal ; nous avons vu récemment un cas où le cœcum étant complètement déporté en haut et à gauche était en pleine région épigastrique. Mais en général la voussure observée ne dépasse pas l'ombilic.

Le seul diagnostic qui nous paraissait discutable était le volvulus pelvien. Les vomissements précoces et abondants n'étaient pas en faveur du volvulus, mais c'était le seul signe discordant, car le ballonnement et l'état général concordaient avec ce qui est dit habituellement d'un volvulus pelvien datant de quarante-huit heures, au premier stade de son évolution.

En résumé, nous voyons que dans ce cas où le malade présentait le tableau absolument classique de D. A. S. de l'estomac nous n'avons pu arriver à un diagnostic clinique certain, et que ceci n'a rien qui doive étonner, puisque en matière de D. A. S. de l'estomac, l'erreur si l'on s'en tient à l'examen clinique demeure habituelle et qu'à chaque nouveau cas on répète presque invariablement occlusion ou péritonite alors qu'il s'agit de D. A. S. de l'estomac.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE.

L'examen clinique est donc en général insuffisant à lui seul pour affirmer le diagnostic, c'est donc à l'examen radiologique qu'il faut demander la certitude : certitude que, en général, il est en mesure d'apporter. Dans le cas de notre observation nous avons pratiqué successivement :

- 1°) Radioscopie et graphie position debout ;
- 2°) Radioscopie couché ;
- 3°) Radioscopie avec introduction de lavement baryté et radiographie.

1°) Le premier examen : scopie et graphie en position debout nous a montré une tache opaque diffuse occupant tout le ventre et une petite image ovale en haut et à droite, en partie sombre, en partie aérique. Aucune image d'aérocolie ou d'aéroiléie. Aucun niveau liquide.

2°) Même résultat pour l'examen en position couchée. Après ces examens nous n'étions pas plus avancés, et l'hésitation restait la même (occlusion ou péritonite, ou dilatation aiguë). Et même la petite image ovale inclinait l'esprit vers l'idée d'occlusion. Mais surtout ce film était décevant parce qu'on se demandait si l'on *n'était pas en présence d'un film manqué, illisible par faute technique.*

3°) L'examen sous écran de la pénétration du lavement baryté, puis la radiographie qui fixa l'image obtenue fut, au contraire, une révélation. Alors même que nous avions complètement perdu le souvenir de la remarquable image radiographique présentée par Laffite à l'Académie de Chirurgie en octobre 1941, à mesure que l'on voyait se dessiner cette guirlande colique, qui, fixée à l'angle gauche du côlon tombait jusqu'au bord du pubis pour remonter jusqu'à l'angle droit colique, il n'était pas possible de ne pas conclure aussitôt que c'était bien un estomac volumineusement distendu dont elle suivait le contour, et que, par conséquent, il s'agissait bien d'une dilatation aiguë. C'est sur l'évidence de clarté obtenue par un moyen si simple, c'est sur la valeur de ce signe qui mérite d'être appelé le signe de Laffite, puisqu'il fut le premier à en montrer l'importance, que nous voudrions insister.

Depuis que Moulouguet en 1934 a introduit dans la pratique l'examen radiologique des « ventres aigus », la précellence est incontestablement donnée à « l'examen debout (scopie ou graphie), sans préparation. » Il n'est pas dans notre esprit de contester un instant tout ce que cet examen comporte de ressources et peut apporter de finesse et de précision dans la recherche du diagnostic.

En matière de D. A. S. de l'estomac, que demandons-nous à cet examen ? Et que nous apporte-t-il ? Nous lui demandons d'établir avec certitude que l'énorme voussure constatée est un estomac exagérément distendu. Que nous apporte l'examen ? Quand on veut dessiner un objet, il y a deux façons de procéder, ou bien on en trace d'abord les contours, ou bien on en dessine d'abord la masse pour en préciser ensuite les contours. C'est de cette seconde manière que procède ici l'examen radiologique : il nous donne d'abord une masse sombre, qui est une image positive traduisant la masse de liquide qui remplit l'estomac et à cet égard il ne nous paraît pas exact de dire avec Lohéac, « Radio négative », cette image doit être conçue comme une image positive qui cache les images du grêle et du côlon. Malheureusement cette image manque de contours, et il est impossible que l'on ne se demande en la voyant, si c'est une image positive de masse liquide dont la situation n'est pas précisée ou s'il ne s'agit pas d'un film manqué.

Si les coupoles diaphragmatiques sont bien vues, parfois à la radioscopie, presque toujours à la radiographie, le contour supérieur de cette masse va se dessiner et la révéler gastrique :

1°) par le niveau liquide ;

2°) par la poche d'air sous la coupole diaphragmatique dont la caractéristique sera non pas sa hauteur, qui peut être aussi minime qu'on voudra, mais son étendue de gauche à droite.

En résumé, il y a trois signes :

— la masse sombre ;

— le niveau liquide ;

— la poche d'air, sous la coupole diaphragmatique gauche, et c'est tout ce qu'on obtiendra en général, à moins de films particulièrement réussis : les trois quarts du contour gastrique resteront donc imprécisés.

Pour voir ceux-ci, certains ont voulu avoir recours à l'ingestion barytée, mais cette ingestion, ainsi timide et prudente soit-elle, nous paraît formellement à rejeter, et l'on ne saurait qu'approuver le malade de Lathoumétique qui l'a refusée. D'ailleurs, même acceptée, elle n'apporte pas grand renseignement si l'on s'en rapporte à l'observation XLII où l'on fit avaler à la malade une bouchée de baryte épaissie, qui diffusant dans le liquide gastrique restât invisible.

Un autre moyen, beaucoup plus élégant (observation XXXIII) consiste dans l'emploi de la radioscopie et graphie en position de Trendelburgh. Le résultat en est extrêmement intéressant : le liquide gastrique, refoulé vers la coupole diaphragmatique « dégage la clarté gazeuse de l'estomac, dont on peut alors apercevoir nettement les contours ». Mais cet examen et particulièrement en ce moment est loin d'être à la portée de toutes les installations radiologiques.

Quels ont été les résultats pratiques obtenus dans les observations recueillies par l'examen debout sans préparation ? Sur 16 examens radiologiques, nous voyons que dans six cas il a permis le diagnostic avec une certitude absolue (observations XII, XVIII, XXXIII, XXXIV, XXV, et XLV). Mais dans bon nombre d'autres cas, cet examen a laissé le chirurgien dans l'hésitation ou l'erreur. C'est ainsi que Lohéac conclut à une « radio négative », et aboutit au diagnostic par une déduction clinique ; que Cadenat malgré la constatation d'un niveau liquide « reste dans l'indécision » ; que Rochlin voyant un niveau liquide pelvien, conclut à une occlusion intestinale ; que Seillé (observation XII) se contente « d'évoquer le diagnostic de dilatation aiguë », et hésite entre une dilatation aiguë et une hernie diaphragmatique, parce qu'il a l'impression d'une clarté diaphragmatique limitée ; que Mouchet constatant une volumineuse

bulle gazeuse dans le flanc droit et plusieurs niveaux liquides reste hésitant.

Mais à ce point de vue, l'observation la plus intéressante reste l'observation XLII où Cauchois et Marzet firent un examen scopique et graphique extrêmement poussé, en déduisirent une interprétation radiologique de D. A. S. de l'estomac des plus intéressantes ; mais les auteurs eurent la franchise de reconnaître « que c'est après coup qu'on a pu interpréter le cliché et qu'on s'est décidé à l'intervention sans diagnostic bien précis ».

En résumé, l'examen radiologique en position debout, même si du point de vue technique il est parfaitement réalisé, laisse bien souvent dans l'indécision ou dans l'erreur. Moulonguet a pu dire de cet examen qu'il était « exact mais d'interprétation difficile ». Exact, cela n'est que partiellement vrai et Raymond Bernard et Iselin, ont bien montré récemment que l'examen radiologique en position couchée révélait tout un nouvel aspect caché de la vérité ; d'interprétation difficile, cela est certain ; et tout en étant pleinement d'accord que notre but doit être de chercher à nous perfectionner dans cette interprétation des radiographies « debout sans préparation », par une expérience sans cesse enrichie, et par une application sans cesse entretenue, ayons la sincérité de reconnaître nos échecs et rappelons-nous : que de films encore décevants ! Que de renoncements nécessaires à toute interprétation ! Que d'interprétations remarquables à *posteriori*, qui n'ont qu'un mérite, c'est de nous encourager à nouveau dans cette recherche.

Nous avons supposé des films techniquement parfaits. Combien toutes ces difficultés sont accrues dans le service radiologique d'urgence où il y a souvent insuffisance de personnel, imperfections techniques, films plus ou moins bien pris, plus ou moins bien développés, et tout ce qui peut résulter d'un moindre entraînement à ces sortes d'examen.

C'est ici qu'apparaît l'intérêt de l'examen radiologique par lavement baryté. Depuis quelques années, on a l'impression, en lisant les observations, qu'il fait un peu l'office de parent pauvre. On l'admet à la table radiologique quand l'examen en position debout a été vraiment insuffisant, ou comme moyen accessoire ou supplémentaire. Il est évident que comparé à la subtile recherche des images aérolíquides du grêle et du côlon, il est un peu grossier. Mais il a le mérite même de cette simplicité : il permet de délimiter presque à coup sûr ce qui est grêle et ce qui est colique ; et pratiquement c'est lui qui apporte en matière de diagnostic topographique les résultats les plus couramment utiles. En ce qui concerne la D. A. S. de l'estomac c'est lui qui va achever le dessin de ce contour gastrique dont les trois quarts encore restaient à préciser ; et il va le faire avec une telle évidence, qu'il confirme le diagnostic s'il a été déjà fait, mais surtout qu'il emporte la conviction si l'on restait hésitant, ou apporte la révélation si on était dans l'erreur. Nous retrouvons dans les observations les marques de cette évidence qui illumine l'esprit. Citons l'observation princeps de Laffitte : « une graphie à vide en position debout avait montré deux niveaux liquidiens mais lorsque sous écran on eut vu le lavement dessiner le contour du côlon transverse, « le diagnostic était fait » dit Laffitte.

C'est ensuite l'observation XL, la scopie en position verticale n'avait montré qu'une grisaille uniforme bien que les coupes diaphragmatiques eussent été vues ; le lavement a donné l'image habituelle. C'est « sur cet aspect, dit l'auteur, donné par le lavement baryté » qu'on fait le diagnostic de dilatation aiguë d'estomac ».

Lorsque l'image apparaît conforme à celle décrite, par Laffitte, il semble incompréhensible que l'on puisse passer à côté du diagnostic comme cela est arrivé dans l'observation XXV, car on ne voit pas à quoi d'autre peut ressembler une telle image en matière de chirurgie d'urgence.

Cependant Moulonguet dit du lavement baryté « que ce lavement est trompeur » ; il peut être trompeur si l'on peut dire par excès ou par défaut.

Par excès : c'est lorsque le lavement après un temps d'arrêt léger, franchit l'obstacle. En fait cela n'a pas grande importance pour ce qui nous occupe, car d'abord, il est rare que le lavement se contente de marquer un temps d'arrêt très court en cas de sténose vraie, et d'autre part, s'il injecte le transverse, il dessine le contour de l'estomac, et c'est tout ce qu'on lui demande.

Par défaut, cela peut être plus grave : si le lavement venait à s'arrêter à la région recto-sigmoïdienne il serait difficile d'éviter l'erreur avec un volvulus ou un cancer bas situé, si les autres examens en position debout et couchée n'apportent pas de secours. Mais cet arrêt initial n'a pas été signalé.

Dans les observations recueillies, on a décrit un arrêt à l'union du tiers gauche et du tiers moyen du transverse (observation XXX) ; à hauteur de l'angle droit (observation XLI) ; à hauteur du cœcum (observation XXV). Ces arrêts ont pu être cause d'erreur ou d'indécision, néanmoins il faut remarquer que le côlon esquissait suffisamment le contour gastrique et que l'absence d'aérocologie ou d'aéroilée sus-jacente pouvait aider au diagnostic.

Tenant compte de ses possibilités, il est bien évident, que toutes les fois qu'il sera possible, il faudra associer les différents examens (debout, puis couché sans préparation, puis par lavement). Mais s'il arrivait que l'on fut obligé, et dans la pénurie actuelle de film cela est possible, à un seul examen, il semble bien, que celui qui est susceptible de rendre le plus de service et d'éviter l'erreur moyenne, c'est l'examen après lavement baryté, qui combine les avantages de l'examen en position couchée et de l'examen après lavement baryté.

Cet examen par lavement baryté, présente encore l'avantage de faciliter les diagnostics importants : c'est lui qui permet presque à coup sûr d'éliminer le diagnostic de

volvulus pelvien mais c'est aussi lui qui pourrait permettre de faire le diagnostic de *volvulus gastrique*. Ce diagnostic est important, d'abord parce que cette affection commande l'intervention chirurgicale d'urgence, et ensuite parce qu'il est bon que le chirurgien ait la notion qu'il va se trouver en présence d'un *volvulus gastrique*, ce qui lui évitera d'être décontenancé par l'aspect insolite sous lequel l'estomac volvulé se présente à lui, et lui permettra d'agir aussitôt avec l'à propos voulu.

Cliniquement le *volvulus gastrique* se distingue difficilement de la D. A. S. : même couleur, même ballonnement, même atteinte de l'état général. On a donné comme distinctif faisant partie de la triade de Borchardt, l'absence de vomissement ; mais ce signe n'en est pas un comme nous l'avons vu. Ensuite l'impossibilité du cathétérisme ; mais ce signe qui est négatif ne peut avoir une grande valeur et puis il n'est pas constamment exact ; on peut n'avoir aucun résultat dans le cathétérisme d'une dilatation aiguë ; on peut arriver à cathétériser un *volvulus aigu*. Nous trouvons dans le livre d'Udaondo (page 42) l'exemple fort intéressant d'une sonde duodénale introduite dans un estomac volvulé. C'est donc encore à l'examen radiologique qu'il faudra demander le diagnostic. Et nous trouvons encore dans le livre d'Udaondo et Maissa à la page 42 une remarquable image radiographique d'un *volvulus total aigu*. Telle qu'elle est présentée, avec son interprétation schématisée, elle semble d'une lecture facile, mais il est douteux que dans la pratique ordinaire un radiologue ou un chirurgien nécessairement peu habitué à ce genre d'image ait pu faire un diagnostic de *volvulus aigu* de l'estomac. Combien la lecture en aurait été plus facile, si par suite de l'administration d'un lavement baryté l'image du côlon transverse solidaire du ballon gastrique eut été visible sur le film.

En effet les opérations et les autopsies ont montré que dans le *volvulus*, l'estomac ayant pivoté de 180° autour de sa petite courbure fixe, doit entraîner avec lui le méso et le côlon transverse qui va coiffer comme d'une calotte cette

énorme tête qu'est l'estomac surdistendu ; la situation du côlon transverse va donc être haute, *sous le foie*, entre le foie et l'estomac, dans l'hypocondre droit, et sa concavité va regarder vers le bas. Seuls les volvulus supra-coliques dans lesquels le transverse reste *in situ*, sous l'estomac pivoté, ne donneront pas cet aspect mais ils sont très rares, il faut alors que le méso soit très long et se laisse distendre. C'est donc une image absolument inverse de celle obtenue dans la D. A. S.

En résumé, nous avons voulu insister sur ce fait que, s'il est vrai que le diagnostic de la dilatation aiguë de l'estomac doive être poursuivi par toutes les recherches possibles, l'examen par lavement baryté ne devait pas être considéré comme moyen accessoire, mais doit être systématiquement employé ; qu'il pouvait à lui seul apporter l'évidence là où les autres moyens avaient échoué ; et, qu'enfin, par ces temps de disette, ou un luxe de dépense de films n'est pas toujours autorisé, il représentait le moyen le plus pratique et le moins dispendieux d'éviter l'erreur. Sur cet emploi systématique du lavement baryté, nous nous trouvons d'ailleurs en conformité avec l'opinion de Duval et Beclère exprimée en 1935 à la Société de chirurgie ; et avec les paroles de Gosset qui disait à cette même société, en cette même année : « il nous paraît que le lavement baryté doit être considéré dans l'immense majorité des cas comme un complément d'examen systématique et indispensable ».

CHAPITRE III

CAUSES DE LA MORTALITE

« Notre observation apporte un cas de guérison, et étant donnée la très grande mortalité de la dilatation aiguë de l'estomac, il est intéressant de rechercher pourquoi les uns guérissent et les autres meurent.

Notre malade était un homme d'une quarantaine d'années, dans la force de l'âge, marié, père de famille et exerçant le dur métier d'ouvrier de la voie. Il n'y a eu aucune cause apparente à l'origine de son affection, sinon un repas de Noël qui ne semble pas avoir été particulièrement abondant.

Il a été vu trente heures après le début des accidents.

Après échec du tubage, il a été traité par ponction de l'estomac, ce qui a permis de constater une ascension de la grande courbure de l'estomac et a amené une cessation rapide de tous les symptômes.

Revu par la suite, son estomac était des plus normaux.

En était-il de même de ceux qui ont guéri ? En était-il différemment de ceux qui sont morts ?

La mortalité de cette affection est effrayante puisque pour 11 guérisons on compte 35 morts, soit 76 % de mortalité.

La mortalité ou la guérison dépendent-elles de causes étiologiques déterminantes ou favorisantes ? Dépendent-elles du traitement suivi ?

I. — *ROLE DES CAUSES ETIOLOGIQUES DETERMINANTES OU FAVORISANTES :*

A. — *Rôle des causes déterminantes : L'étiologie du*

« bon repas » joue-t-elle un rôle dans l'évolution vers la mort ou la guérison ?

Il faut mettre à part la D. A. S. de l'estomac dite « a crapula » trois cas : trois morts (observations II, VI et XXIX) dont deux chez de robustes jeunes gens de quinze et dix-neuf ans. Il est probable que l'absorption d'alcool joue un rôle important. Cette forme semble avoir une évolution très rapidement fatale.

Pour dix cas de bon repas nous trouvons cinq morts et cinq guérisons. Par bon repas, on veut dire repas un peu meilleur que les repas habituels ; il y a d'ailleurs toute une gamme de bons repas, et on ne saurait comparer le bon repas de 1925 de la bouchère de Le Fillatre fait de choux et de petit salé au bon repas de 1942 de l'ouvrier parisien de Hepp, composé de trois plats de légumes.

Mais la D. A. S. de l'estomac peut survenir aussi bien sans cause apparente, nous avons relevé trois cas avec deux morts (observations XXXII et XVIII) et une guérison (observation V).

B. — *Rôle des causes favorisantes :*

1°) *Sexe* : Le sexe est sans grande influence ; la mortalité est seulement un peu plus forte chez les hommes ;

2°) *Age* : La mortalité est la même qu'il s'agisse de malades jeunes ou âgés. On meurt aussi bien de D. A. S. de l'estomac à quinze ans qu'à soixante-cinq ans. Cependant tous ceux qui avaient passé soixante-dix ans sont morts, quelques-uns de complications pulmonaires.

3°) *Les antécédents gastriques* : ne paraissent pas non plus jouer un rôle important lorsqu'il s'est agi de troubles fonctionnels, « crampes épigastriques, volvulus mésentérico-axial partiel, atonie gastrique, dilatation spontanée à répétition », puisque sur sept cas il y a eu cinq morts et deux guérisons. Mais, au contraire, lorsqu'il s'est agi de troubles

organiques, l'évolution semble être fatale, sur quatre cas observés chez des porteurs d'ulcus il y a eu quatre morts (observations III, XX, XXI et XLII).

4°) *L'état général* : a été signalé bon, six fois avec quatre morts et deux guérisons. Par contre le groupe important des convalescents, des cachectiques et des carencés actuels présente une mortalité énorme puisque sur 14 cas, il y a 13 morts ; seule la malade de Née, convalescente d'une maladie fébrile qui avait duré un mois, a guéri. C'est à ce groupe que se rapporte la triade de Huet : malade émacié, fatigue exceptionnelle, repas anormalement copieux, bien que ce dernier signe ne soit rencontré que dans 50 % des cas, ce qui rend ce trépied un peu boiteux.

En somme, il apparaît que l'évolution de la maladie vers la mort ou la guérison, si l'on met à part la forme dite « a crapula », l'influence de l'âge avancé et de l'amaigrissement, est indépendante des causes étiologiques déterminantes et favorisantes.

II. — LE ROLE DU TRAITEMENT :

A. — *Le rôle du délai* dans lequel le malade a été traité ne peut être bien mis en évidence par l'analyse de nos observations, puisque ce sont les formes progressives qui paraissent les moins graves ; alors que le malade de Ferey est mort cinq heures après le début de ses accidents avant même que l'on ait pu aviser à un traitement. Cependant il semble évident que le traitement doit être aussi rapide que possible.

B. — *Est-ce alors la nature du traitement qui joue ?*
Il y a lieu de distinguer deux sortes de traitement. :

1°) le traitement évacuateur ;

2°) le traitement médical.

Le traitement évacuateur : consiste en une vidange de l'estomac, soit par cathétérisme œsophagien, aspiration continue, soit par opération.

Peut-on dire que l'acte opératoire tue et que tous les tubés ou traités par aspiration guérissent ? Sur 15 tubés, 10 sont morts, soit 66 %. Sur 30 opérés, 24 morts, soit 80 %.

Il est évident qu'au premier abord la proportion de décès paraît beaucoup plus importante parmi les opérés que parmi les tubés. Mais il ne faut pas se contenter de ces chiffres bruts et il faut examiner le détail.

Tout d'abord, le nombre des opérés est deux fois plus grand que celui des tubés, ce qui fausse l'exactitude des proportions.

D'autre part, si l'on veut porter un jugement équitable, il faut éliminer de ce nombre d'opérés :

1°) les tubés sans succès que l'on s'est vu obligé d'opérer par la suite et qui en bonne justice doivent être portés au passif du tubage, soit 5 cas (observations XIII, XXII, XXX, XLV et XLVI).

2° les laparatomies purement exploratrices, qui sont au nombre de 5 (observations XIV, XVII, XX, XXXII XXXV). Dans tous ces cas le chirurgien ayant ouvert le ventre sur un faux diagnostic, s'est empressé de refermer sans rien faire ou en se contentant de manœuvres d'une efficacité douteuse, telles que des manœuvres de traction sur le mésentère.

3° les opérations manifestement choquantes ou par suite d'un faux diagnostic l'opérateur s'est livré à des incisions multiples et à des explorations compliquées (observations IX et XXVII).

4° les malades qui étaient manifestement au-dessus de tout traitement. Ils sont au nombre de deux. Le malade de l'observation XLIII chez lequel on a trouvé une dilata-

tion de tout le tube digestif, et le malade de l'observation XXXVII, qui avait une large perforation gangréneuse de l'estomac.

Si on élimine les opérations ci-dessus indiquées, on voit que la mortalité arrive à être à peu de chose près la même, quel que soit le traitement employé, soit 10 morts pour 15 cas chez les tubés et 11 morts pour 17 cas chez les opérés. On n'est donc pas en droit de dire que les résultats de l'opération sont « nécessairement désastreux ».

Nous allons maintenant rechercher s'il y a des opérations plus mortelles que les autres. Par ordre de complication ascendante les opérations qui ont été pratiquées sont les suivantes :

- 1°) ponction de l'estomac.
- 2°) gastrotomie.
- 3°) gastrostomie.
- 4°) gastro-entérostomie.
- 5°) duodéno-jejunostomie.

1°) La ponction de l'estomac qui est l'opération la plus simple a donné 6 morts sur 7 cas : il est vrai que ces malades sont arrivés dans un état lamentable : deux ont été amenés moribonds ; deux sont morts de gangrène ou perforation d'estomac ; un est mort par continuation des symptômes et le sixième de complications pulmonaires. Le seul cas de guérison est celui de notre observation.

2° La ponction de l'estomac suivie de gastrotomie a été faite cinq fois avec une guérison et quatre morts. La guérison c'est le cas Farquhar où le chirurgien a retiré une livre de figes de l'estomac et les quatre morts sont le tétanique convalescent de Fétridis, le malade de Cauchoix et Marzet mort de perforation gangréneuse de l'estomac, celui de Rudler amené moribond et celui de l'observation XLIII qui avait une dilatation de tout le tube digestif.

3°) La ponction de l'estomac suivie de gastrostomie n'a été faite que quatre fois avec deux morts : le moribond de

Matry, et le vieillard de l'observation XLI mort de complications pulmonaires et deux guérisons celles des observations de Charrier et de Servelle, XXX).

4° La gastro-enterostomie a été pratiquée cinq fois avec deux guérisons (observations XIII et XX X), et trois morts (observations I, X et XXVII).

6°) La duodéno-jéjunostomie n'a été pratiquée que deux fois avec une guérison (Charrier) et un mort (Laffitte).

Citons enfin, la ponction de l'estomac suivie de jéjunostomie, 1 cas, 1 mort (observation XXXVIII).

Il ressort nettement de ceci que le genre d'opération n'influe en rien sur la mortalité de la D A S de l'estomac.

Le traitement général qu'on a fait suivre au malade ne paraît pas avoir plus d'importance. Les malades qui ont guéri, ont guéri très simplement avec des « suites opératoires normales » et très rapidement, l'inquiétude à leur sujet, si elle a existé n'ayant pas duré plus de deux jours. Tandis que les malades qui sont morts ont reçu une thérapeutique multiple, variée et poursuivie avec acharnement.

En résumé l'étude des causes déterminantes et favorisantes, celle du traitement appliqué ne nous révèlent rien expliquant pourquoi les uns meurent et les autres guérissent. Il nous reste alors à rechercher les conditions de la mortalité.

III. — CONDITIONS DE LA MORTALITE.

On peut dans cet ordre d'idée, grouper les malades en trois catégories :

— Ceux qui sont morts avant qu'on ait eu le temps d'essayer un traitement quelconque.

— Ceux qui ont eu un traitement insuffisant ou qui étaient au-dessus de tout traitement.

— Ceux qui ont pu être traités convenablement.

A) A la première catégorie des malades qui sont morts avant qu'on ait eu le temps d'essayer tout traitement, appartient le malade de Férey mort à son arrivée à la clinique, cinq heures après le début de ses douleurs.

B) Parmi ceux qui ont eu un traitement insuffisant ou qui dépassaient toutes possibilités de traitement, les cinq cas de laparatomie exploratrice dont nous avons parlé tout à l'heure, et le cas de l'observation XLII, où il est évident qu'une gastrotomie ne pouvait rien contre la dilatation totale de tout le tube digestif.

C) Dans la catégorie de ceux qui ont pu être traités convenablement, on peut distinguer :

1°) Ceux qui sont arrivés moribonds.

2°) Ceux qui ne sont morts qu'au bout de quelques jours.

1°) Parmi ceux qui sont arrivés moribonds, avec pouls incomptable, extrémités refroidies, les uns ont été traités par tubage comme le malade de 72 ans de Loheac, amélioré puis mort rapidement et cinq autres furent opérés : le jeune homme de 20 ans à qui Leriche fit une ponction de l'estomac et une gastro-enterostomie et qui mourut deux heures après, celui de Matry ainsi que celui de Sallier-Dupin, atteints de D. A. S. « a crapula » tous deux morts 3 et 16 heures après une ponction de l'estomac ou une gastrostomie ; l'homme d'affaire de Schwartz mort une heure après une ponction de l'estomac ; et enfin le malade de Rudler mort quelques minutes après une ponction suivie de gastrotomie « à la louche ».

Il faut noter que chez tous ces malades, il s'agissait de forme à évolution foudroyante (3 à 24 heures).

2°) Parmi les malades qui ont pu être traités convenablement et qui sont morts au bout de plusieurs jours, la mort s'est produite de trois façons :

— soit par suite de complications pulmonaires ou autres.

— soit par suite de péritonite, par perforation.

— soit, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, et sur lequel nous voulons insister, par suite de continuation des symptômes ou de rechute.

Nous avons retrouvé 3 cas de malades améliorés du côté de l'estomac mais morts de complications pulmonaires, au bout de six à douze jours. Ces malades étaient âgés de 19 à 82 ans et avaient été opérés par ponction, gastrostomie ou gastro-enterostomie (observations X, XVI et XX XLI). Il y a aussi le malade de Mouchet, homme de 73 ans traité par aspiration duodénale et qui 5 jours après « meurt subitement sans avoir présenté le moindre phénomène nouveau d'ordre gastro-intestinal ».

Ceux qui sont morts par perforation gastrique sont au nombre de quatre (observations VII, IX, XLII et XXXVII). Ces perforations sont une complication ultime de la D. A. S. de l'estomac, il semble qu'il s'agisse de phénomènes de gangrène. Elles sont analogues aux perforations du cœcum distendu, récemment signalées dans les volvulus du colon pelvien, et dont nous avons vu récemment un cas. Cette perforation gastrique peut être découverte soit à l'opération, soit à l'autopsie. Il n'y a qu'un cas (observation XXXVII) de perforation gangréneuse vue à l'opération. Les trois autres cas sont des trouvailles d'autopsie.

C'est le cas (Auvray) de cette femme de 26 ans, morte le lendemain de l'opération et qui « avait toute la région de la grande courbure, présentant un aspect noirâtre et putréfié ».

C'est celui (Girgensohn) de ce jeune homme de 15 ans, mort deux jours après une ponction au trocart et dont l'estomac présentait « tout près du cardia, sur la paroi

antérieure, une perforation de nature gangréneuse de 7 cm sur 5 cm avec une perforation analogue sur l'arrière-fond de l'estomac ». C'est enfin le cas (observation XVII) de cet homme de 37 ans, mort 6 jours après sa gastrotomie où l'on constate « une péritonite diffuse par lâchage de la suture gastrique » et d'autre part « une perforation de la face postérieure de l'estomac ouverte dans l'arrière cavité des épiploons, siégeant assez haut, de 1 cm de long sur 0 cm 50 de largeur.

Cependant il semble que la cause la plus habituelle de la mortalité dans la D. A. S. de l'estomac est la *continuation des symptômes* ou leur *rechute*. C'est ainsi que dans 14 cas, soit près de 50 % des décès, cette cause de la mortalité est flagrante.

Elle se marque :

- Soit par des constatations opératoires.
- Soit par des constatations cliniques.
- Soit par des constatations autopsiques.

a) *Constatations opératoires* : C'est l'inertie de l'estomac après sa vidange et nous avons retrouvé deux belles descriptions de cet état atonique de l'estomac. Dans l'observation XXVI, Mouchet qui a fait une ponction de l'estomac écrit « Mais l'estomac reste atone, flasque, et le duodénum ne peut être vidé par l'aspirateur intra-gastrique.

Plus imagée est encore la description de Laffitte : « Cet estomac demeurerait inerte, comme un chiffon mouillé, retourné sur les champs bordant le haut de l'incision ».

On se souvient que dans notre cas au contraire on a vu la grande courbure remonter pour devenir visible au niveau de l'ombilic.

b) *Constatations cliniques* : Il s'agit de malades où l'on voit des flots de liquide s'écouler sans cesse par l'aspiration continue ou se reformer après chaque nouveau tubage.

Les cas les plus nombreux sont ceux de continuation des symptômes. C'est ainsi que Cicconardi fait des lava-

ges gastriques chaque jour à ses deux malades, pendant deux jours pour l'une et cinq jours pour l'autre, au bout desquels ils meurent et à chaque fois il était sorti une grande quantité de liquide.

De même le cas de Boppe où le « tube de Faucher, ramène une quantité énorme de liquide et provoque une amélioration immédiate et impressionnante : mais en quelques heures, les accidents reparaissent aussi impressionnants. Lavage d'estomac. — Exitus rapide ».

C'est aussi le cas de cette femme de 50 ans (observation XL) qui vomit la valeur de plusieurs cuvettes en 4 heures ; à qui l'on fait un premier tubage qui ramène 5 litres de liquide fétide, noirâtre, puis un deuxième 3 ou 4 heures après qui en ramène 3 litres ; puis deux nouveaux tubages le lendemain de 2 l. 500.

Campagne, fait une ponction suivie de jéjunostomie. Après l'intervention il installe « une aspiration duodénale continue qui en 3 ou 4 heures ramène 10 litres de liquide. Le lendemain lavage d'estomac qui ramène plusieurs litres de liquide » et le malade meurt 36 heures après l'opération.

Enfin il faut citer la magnifique observation du Professeur Cadenat, sur cet homme de 48 ans, à qui l'on fait de l'aspiration continue pendant 10 jours, qui tire des dizaines de litres de liquide gastrique, sans que disparaisse le clapotage et dont à l'opération le 11^e jour, l'estomac contient encore « 2 à 3 litres de liquide gastrique ».

Et voici un cas typique rechute que nous trouvons dans l'observation XXVI où Mouchet fait une ponction de l'estomac puis une aspiration continue. Le lendemain étant donnée la grosse amélioration du malade, on supprime l'aspiration continue. Mais, 2 jours après l'estomac se dilate à nouveau et le malade meurt 12 heures après, malgré la réinstallation de l'aspiration continue qui ramène « une grande quantité de liquide trouble et fétide ».

c) *Constatations nécropsiques :*

L'estomac du malade de Pétridis est toujours distendu et contient encore un litre de liquide verdâtre malgré la ponction faite 8 heures avant sa mort.

Mouchet écrit dans l'observation XXVI « l'estomac et le duodénum sont énormes aussi dilatés qu'à l'intervention » et pourtant il a fait une ponction avec aspiration deux jours avant.

Dans l'observation IX, l'opérateur ponctionne l'estomac au trocart et « parvient à le vider d'une façon à peu près complète », sa malade meurt le lendemain et à l'autopsie : « l'estomac apparaît encore très distendu, recouvrant et cachant à peu près tout le paquet intestinal et descendant à **mi-chemin de l'ombilic** ».

Seille consulte lui aussi la continuation des symptômes car ayant retiré à l'aspirateur « une quantité énorme de pois cassés non digérés » et la mort du malade étant survenue le lendemain, à l'autopsie « l'estomac est toujours très dilaté... ».

Enfin, Rochlin qui avait fait une ponction de l'estomac suivie de gastro enterostomie 24 heures avant, constate à l'autopsie une « **énorme dilatation gastrique** », cependant un tube avait vidé à nouveau l'estomac entre l'opération et la mort.

En résumé, ni les causes étiologiques déterminantes ou favorisantes, ni la nature du traitement suivi, n'expliquent pourquoi l'évolution se fait parfois vers la guérison et le plus souvent vers la mort.

En recherchant comment se produit cette mort on constate que dans la minorité des cas elle est le fait de formes foudroyantes qui amènent au chirurgien un malade déjà moribond.

Ou bien de complications qui n'appartiennent pas en propre à cette affection.

Ou bien enfin de gangrène et de perforation de l'esto-

mac qui représentent l'évolution anatomique ultime de la dilatation aiguë non traitée.

Dans l'immense majorité des cas, chez les malades qui ont reçu un traitement aussi conforme que possible, aux données thérapeutiques actuelles, la mort survient ou par continuation des signes fonctionnels et généraux, en dépit du traitement mis en œuvre ou par rechute.

CHAPITRE IV

A PROPOS du TRAITEMENT

Nous avons eu la chance de guérir le malade de notre observation. Parce que le traitement a été heureux, il ne s'en suit pas qu'il ait été le meilleur. Il était intéressant de rechercher la lumière des faits parus et des théories en cours quel devait être le traitement le plus recommandable.

A lire les observations parues jusqu'à ces toutes dernières années, on est frappé de l'incertitude qui règne en matière de traitement, de l'état d'irrésolution, nous dirons même de désarroi, où se trouve souvent la plupart de ceux qui sont placés devant la nécessité urgente de traiter ces sortes de maladies.

Les uns affirment que tout traitement chirurgical ne peut que conduire au désastre et achever un malade déjà mal en point. Les autres ouvrent le ventre, beaucoup par erreur sur un faux diagnostic et alors quelques-uns de ceux-là se hâtent de refermer à la vue de cet énorme estomac, comme s'ils voulaient effacer hâtivement toute trace de l'opération interdite. Les autres se livrent à un geste opératoire qui variera suivant leurs souvenirs et leur inspiration, ou qu'ils considèrent comme « le plus logique et le plus rationnel ». Les uns ponctionnent l'estomac mais simplement pour « y voir clair », et font du geste essentiel, le geste accessoire, les autres font une duodéno-jéjunostomie « sans enthousiasme » et regrettent après d'avoir fait preuve d'un tempérament trop chirurgical », d'autres enfin font une gastro-entérostomie parce que l'opération semble « se présenter bien ». Quant au traitement médical il suit les fluctuations des théories régnantes. Rien n'est plus expressif que cet état de désarroi dont nous parlons que cette

observation où l'on voit le chirurgien traiter le malade par tubage et aspiration pendant une dizaine de jours, puis soudainement inquiet d'avoir passé à côté de la vérité, ouvrir le ventre en hâte pour faire une gastro-entérostomie.

Pourquoi ce manque de doctrine, cette absence totale de tactique thérapeutique, alors qu'elle serait indispensable dans une affection qui se présente avec une allure impérativement urgente ? Il y a là de multiples raisons.

Tout d'abord la rareté de cette affection. Elle n'apparaît en effet que de façon sporadique, c'est ainsi qu'en 20 années de pratique chirurgicale dans un grand territoire de la Charente-Maritime, d'une population de 120.000 habitants, c'est le premier cas observé. Il a fallu, sans doute, les circonstances actuelles pour que, au cours d'une seule séance de l'Académie de chirurgie, en juin 1942, on ait apporté le nombre remarquable de 11 observations ; cette rareté ne permet pas à l'expérience de se constituer.

Ensuite nous nous trouvons en pleine période de transition au point de vue pathogénie : « Les théories mécaniques encore en honneur dans les grands Traités parus en 1937, font place peu à peu « aux théories dynamiques », mais ne laissent pas de continuer à influencer l'esprit des chirurgiens, et quant à ces dernières, elles sont encore trop contradictoires et pas assez appuyées sur des faits pour offrir à notre action une base d'appui solide.

En effet, du point de vue théorique, il apparaît bien que cette affection à déclenchement si brutal et très rapidement alarmant provient d'une atteinte du système névro-végétatif et doit entrer dans le cadre de ce nouveau chapitre de pathologie auquel chaque jour, les faits apportent des matériaux nouveaux, chapitre des affections urgentes de l'abdomen par atteinte du système névro-végétatif et qui comprendrait à ce jour la pancréatite hémorragique, l'infarctus intestinal, les dilatations spontanées du tube diges-

tif gastro-intestinales soit totales soit partielles. Les occlusions dites paralytiques et les occlusions par spasme ou par contracture.

Mais quelle est la cause déclenchante ? Où est son point d'application ? Comment agit-elle ? Nous n'en savons encore rien. L'expérimentation poursuivie depuis de longues années et reprise plus récemment nous a bien montré le rôle du système régulateur de l'estomac, pneumogastrique et sympathique, du système autonome. Mais personne n'est encore arrivé à reproduire la D. A. S. de l'estomac dans l'ensemble de sa modalité. Cette volumineuse distension gastrique est-elle due à un état paralytique de la paroi par paralysie du pneumogastrique ? Est-elle due tout au contraire comme le soutient Reischauer à un état spasmodique par « orage vagal » qui aboutit secondairement à l'atonie ? S'agit-il d'un état spécial dû à l'excitation du sympathique qu'on ne peut concevoir alors comme une paralysie ? Cette formidable hyperliquidie gastrique, est-elle une sécrétion ou bien une production liquidienne d'origine vaso-motrice ? Est-elle successivement l'une et l'autre ? Cet état de shock a-t-il son origine dans la cause même qui agit sur les phénomènes stomacaux ou bien dans l'excitation des terminaisons nerveuses pariéto-stomacales ou bien dans les phénomènes d'exhémie ou de chloropénie ? Voilà pourtant ce qui serait l'essentiel de connaître. La discussion de savoir s'il faut tuber ces malades ou s'il faut les opérer est en réalité une discussion stérile ; le centre de gravité de l'intérêt s'est déplacé, il est incontestable qu'à une affection qui apparaît nettement comme étant « d'ordre médical », malgré sa manifestation la plus évidente, la dilatation aiguë de l'estomac doit guérir un jour par un traitement médical.

Mais pour appliquer ce traitement, il faudrait déjà avoir répondu aux questions posées plus haut. En attendant, comme a dit le poète : « il faut tenter de vivre ». autrement dit, il faut, dans l'ignorance où nous sommes, adopter tout de même d'une façon que nous savons provisoire, une ligne de conduite aussi précise que possible.

Il y a d'abord un geste qui s'impose, c'est le geste le plus intuitivement impératif, c'est de dégonfler cet énorme ballon gastrique. Tous les moyens seront bons à condition qu'ils réussissent immédiatement car il n'y a pas de temps à perdre, à commencer par les plus simples : tubage, aspiration et acte opératoire. Il faut donc effacer de son esprit cette notion que l'acte opératoire est nécessairement désastreux, ou qu'il ne faut l'admettre qu'à titre exceptionnel.

Mais ce geste évacuateur accompli, il faudra le compléter par un traitement médical qui à défaut de la cause, s'adressera aux effets qu'elle produit, c'est-à-dire aura à lutter contre l'état de la paroi gastrique, contre l'hyperliquidie, contre l'état de shock. Si le geste évacuateur, geste empirique qui s'apparente à la médecine vétérinaire, n'aura pas apporté le salut, à partir de ce moment c'est du traitement médical qu'il faudra l'attendre ; c'est montrer combien ce traitement est important, c'est regretter d'avance qu'il soit encore si peu précis et si peu opérant dans la plupart des cas.

TRAITEMENT EVACUATEUR

Le traitement doit viser d'abord à assurer de la façon la plus rapide, la vidange de l'estomac plein de liquide, de gaz et de débris alimentaires : c'est le traitement évacuateur.

On aura, bien entendu, en premier lieu recours aux procédés les plus simples, c'est-à-dire au tube de Faucher et, s'il ne réussit pas, à l'aspiration continue, enfin en cas d'échec, à l'acte opératoire.

A. — *Tube de Faucher* : Ce traitement a été habituellement utilisé lorsque le diagnostic a été fait : cependant il

est des chirurgiens qui croyant avoir affaire à une occlusion intestinale, ont d'abord, comme il est de bonne pratique, vidé l'estomac et se sont trouvés agréablement surpris devant la cessation des symptômes. C'est ainsi que Le Fillatre ayant fait le diagnostic d'occlusion haute sur le grêle écrit : « Vu l'extrême faiblesse de la malade, la petitesse et la fréquence de son pouls, je préfère essayer de vider et de laver son estomac avant d'intervenir, afin de combattre cette occlusion et de remonter ma malade. Le simple passage à la sonde œsophagienne fit merveille et donna issue à des quantités de gaz sous pression et l'on vit séance tenante, le ventre redevenir plus souple, la malade était soulagée ». Cette citation nous montre quel effet excellent et immédiat peut produire le tubage. Il en a été ainsi dans nombre de cas où l'évacuation immédiate et abondante du liquide gastrique par tubage produisit une amélioration certaine et même parfois la guérison. En analysant les 46 observations, nous avons retrouvé son utilisation, 19 fois soit dans 40 % des cas. Sur ces 19 cas, l'évacuation de l'estomac semble avoir été réalisée 11 fois dans 55 % des cas avec d'ailleurs des fortunes diverses. Dans 7 cas (observations XX, XXI, XXIII, XXIV, XXVIII, XL), le malade est mort par continuation des symptômes, et dans 4 cas seulement il y a eu guérison (observations XII, XVI, XVIII et XXXIV). Mais il est important de noter que 8 fois sur 19, soit dans 45 % des cas, le tube de Faucher, bien qu'introduit n'a pas fonctionné. Pourquoi ce mauvais ou ce non fonctionnement ? Tout d'abord, le tube peut ne pas pénétrer et en ce cas faut-il se demander avec Schwartz : « la surdistension rapide de l'estomac comprimerait-elle l'œsophage jusqu'à en effacer la lumière ? ». Cependant cette cause semble rare et n'a été signalée que dans l'observation XXXIX, d'ailleurs l'impossibilité de cathétérisme est plutôt un signe de volvulus de l'estomac (triade de Borchardt). Il se peut aussi, que le tube ne pénètre pas assez loin, et n'atteigne pas le niveau liquide. C'est ainsi que Lamarre et Larget disent à propos de leur malade : « le tubage n'a

pas pu vider l'estomac bien que le tube de Faucher ait été introduit bien au delà de la limite habituelle. Peut être l'énorme distension gazeuse relèguant dans le bas-fond de l'estomac la partie liquide du contenu ne permit-elle pas à la sonde d'atteindre le niveau liquide ».

Dans une troisième catégorie d'observations, le tube bien enfoncé, se bouche et Seillé (observation XXXIX) spécifie bien que cet échec du tubage chez son malade « n'a pas été du à un arrêt de la sonde au niveau du cardia mais que le tube, certainement enfoncé dans l'estomac devait probablement être obstrué par des particules alimentaires ». De même Mouchet, dans l'observation XLV écrit « Le tube étant normalement enfoncé, le liquide d'amorçage s'écoule très lentement. Il passe mieux si l'on pousse plus loin le tube, à 60 centimètres environ des arcades dentaires. Le liquide rejeté est peu abondant et semble représenter l'eau injectée légèrement souillée ; après plusieurs échecs, on vérifie que le tube est obstrué par des particules solides. On lui ménage des orifices plus importants. Plusieurs tentatives restent vaines et le malade succombe alors qu'on se prépare à l'opérer. —

Enfin assez fréquemment, le tube s'enfonce bien, il semble qu'il n'est pas bouché, mais il ne donne rien. Et Lamarre qui n'a pu l'amorcer malgré deux essais successifs se demande « si l'absence de la contractilité gastrique ne fait pas que les gaz eux-mêmes ne sont pas évacués par la sonde ». En effet, pourquoi incriminer le tube ? Est-on certain que la pression intra-gastrique soit supérieure à la pression atmosphérique ? Et ne peut-on pas supposer que l'estomac se distendant appelle les gaz ? Rappelons que dans notre cas, et malgré des essais multiples nous n'avons pu obtenir qu'un fond de cuvette et que cependant le tube ne semblait pas être obstrué.

B. — *Aspiration continue* : Si le tubage n'a pas donné de résultat immédiat, avant de passer à l'acte opératoire, on pourra essayer l'aspiration continue. C'est l'aspiration

faite suivant la technique de Wangensteen déjà assez ancienne mais d'application toute récente en France.

Cette aspiration est souvent appelée duodénale mais il semble qu'elle doive souvent demeurer en fait gastrique, car il n'est pas certain que dans cet énorme estomac la sonde puisse trouver le chemin du duodénum. En tout cas cela n'a pas d'importance : certains auteurs l'ont d'ailleurs appelée nasale, désignant ainsi la voie d'introduction qui la rend plus tolérable.

Ce qu'il faut demander à l'aspiration duodénale, c'est la soustraction très rapide de grande quantité de liquide gastrique avec disparition du ballon et soulagement du malade.

Combien de fois a-t-elle été réalisée ? Nous avons trouvé
Combien de fois a-t-elle été réalisée ? Nous avons trouvé l'emploi de la sonde duodénale dans six cas : quatre fois, cette aspiration a été faite avec succès (observations XIX, XXV, XXIX et XXXIII et deux fois elle n'a pas fonctionné soit dans 33 % des cas (observations XXXIV et XLIII).

Dans quelles conditions a-t-elle été employée ? Dans une observation, celle de Cauchoux et Marzet, le diagnostic de D. A. S. de l'estomac n'ayant pas été fait, malgré les examens cliniques et radiologiques, elle n'a été employée que pour évaluer préopératoirement » le liquide gastrique, et elle en a ramené trois litres.

Cette aspiration, ce qui peut paraître étonnant a pu être utilisée avec succès après que le tubage ait été un échec ; c'est ainsi que dans le cas de Cadenat, où le tube de Faucher n'avait pu dépasser le diaphragme, la sonde nasale a ramené « en moins d'une heure, sept litres de liquide gastrique », avec soulagement immédiat du malade.

Par contre, dans l'observation XXXIV, on signale que la sonde d'aspiration continue se bouchait toutes les quinze secondes et que l'on a du vider l'estomac par tubage.

L'aspiration continue doit-elle être employée d'emblée ? Léger et Einhorn lui doivent ainsi la guérison de leurs ma-

lades. Mais Hepp dit non : « la sonde nasale et l'aspiration de Wangensteen employée au début, risquent de faire éliminer le diagnostic de dilatation aiguë spontanée. Parce qu'elle n'évacue rien, parce qu'elle n'améliore pas, on conclue à tort à la vacuité de l'estomac », et Mouchet semble du même avis.

En effet, cette sonde a un calibre trop petit. Qu'aurait-elle pu faire dans le cas où l'on a vidé l'estomac à la pince en cœur ou à la « louche » ? L'utilisation de l'aspiration à la Wangensteen semble à réserver « aux lendemains imparfaits » ; comme le dit Mouchet (*Paris Médical*, 10 septembre 1942) il faut « commencer par tuber l'estomac au tube de Faucher et pratiquer un lavage ; puis, lorsque l'estomac a été vidé des particules les plus épaisses, alors installer la sonde duodénale dont le calibre sera suffisant pour laisser passer les liquides plus fluides qui se trouveront dans l'estomac et dans le duodénum ».

Il faut signaler pour finir que, comme le conseille Einhorn, cette sonde duodénale peut servir pour la reprise de l'alimentation du malade.

Il est bien entendu qu'avant de passer à l'acte opératoire, on devra essayer les effets du traitement postural, c'est-à-dire de la position de Schnitzler, ou de la position genu-pectorale, ou de la position latérale droite. Ce traitement dont le merveilleux effet a été vanté par les auteurs classiques, est considéré avec une déférence ironique par quelques auteurs plus récents.

C. — *Acte opératoire* : Si le traitement par tubage ne donne immédiatement ou très rapidement aucun effet, il y a lieu de recourir immédiatement à l'acte opératoire.

* Les opérations pratiques peuvent être classées en deux grandes catégories :

1°) les opérations évacuatrices proprement dites ;

2°) les anastomoses.

I. — OPERATIONS EVACUATRICES :

Les opérations évacuatrices sont :

- 1°) la ponction évacuatrice ;
- 2°) la gastrotomie ;
- 3°) la gastrostomie.

1°) *La ponction de l'estomac :*

C'est l'opération la plus simple et celle qui s'offre le plus naturellement à l'esprit. Si le ventre est ouvert sur un faux diagnostic, en présence du volumineux ballon gastrique, il ne faudra pas faire comme certains opérateurs qui, hantés par l'interdiction de l'acte opératoire, se sont empressés de refermer afin de se conformer aux règles prescrites et de pratiquer le tubage (observations XVI, XX et XXXV), mais il conviendra de pratiquer aussitôt la ponction de l'estomac. Nous ne pouvons approuver non plus ceux qui, une fois la paroi incisée, se sont livrés à une cathétérisme œsophagien à ventre ouvert ou à une expression manuelle de l'estomac, ces opérations se sont montrées insuffisantes et sont à rejeter. La ponction de l'estomac nous paraît l'acte le plus immédiatement nécessaire, s'il ne constitue pas un acte de haute chirurgie et s'il est vrai qu'il s'inspire de la médecine vétérinaire, il n'en constitue pas moins à notre avis l'acte opératoire essentiel.

Cette ponction a été faite seule six fois ; sur ces six cas, il y a eu une guérison (notre observation) et cinq morts, cependant nous avons vu dans le chapitre précédent que ces morts ne pouvaient être imputées à l'acte opératoire. Mais en réalité dans presque tous les cas où l'on a opéré, la ponction a été faite comme premier temps opératoire soit comme nous l'avons vu « afin d'y voir clair et de pouvoir explorer l'abdomen » ; soit à titre thérapeutique comme procédé d'évacuation, qu'on a pu juger nécessaire de compléter par une autre intervention.

Cette ponction nous paraît devoir être faite comme la plupart des auteurs l'ont pratiquée avec le gros trocart à kyste de l'ovaire, branché sur l'aspirateur électrique. Etant donné que le diagnostic précis aura du être fait grâce à l'examen clinique et à la radiologie ; on pourra se contenter d'une petite incision à cheval sur l'ombilic ou d'une incision sous-ombilicale.

La ponction sera faite au point le plus déclivé de l'estomac, il n'y aura lieu de se livrer à aucune manœuvre d'exteriorisation de l'estomac mais on procédera exactement comme pour la ponction préalable d'un kyste de l'ovaire. L'anesthésie employée sera avantageusement l'anesthésie à l'éther, au schleich ou au balsoforme ou même à l'anesthésie au chloroforme pour les malades âgés, il n'apparaît pas que l'anesthésie rachidienne ait eu de grands avantages, au besoin on pourrait utiliser l'anesthésie locale.

Cette ponction a permis, dans 13 cas, une évacuation rapide et complète du liquide et des gaz. On doit essayer de la faire complète, il ne semble pas qu'il y ait lieu comme Leriche et Sallier-Dupin, de s'en tenir à une vidange incomplète, en s'inspirant de procédé de sondage des vessies distendues.

Dans sept cas, la ponction a présenté des difficultés, le trocart se bouchant ou pour toute autre raison ; et l'on a dû ou déboucher le trocart à plusieurs reprises, ou renoncer à une vidange complète.

2°) *Gastrotomie* :

Si l'on ne réussit pas avec le trocart à faire une vidange complète de l'estomac parce que le fond de celui-ci est rempli de débris alimentaires, il faut alors retirer le trocart et transformer la ponction en une véritable incision de l'estomac, c'est-à-dire faire une gastrotomie.

C'est ainsi que Farquhar a pu retirer de l'estomac la livre de figues qui y était contenue et guérir le malade qu'avec moins de succès final, Kummer a pu extraire à la

pince en cœur, des choux verts non digérés, que Rudler enfin, a pu vider l'estomac à « la louche », retirant six litres de débris alimentaires contenant des haricots, des quartiers de pomme de terre et des prunes entières.

La fermeture et l'enfouissement en cas de ponction, la suture de l'incision en cas de gastrotomie, se sont faites habituellement facilement, cependant il peut y avoir des difficultés si la paroi « amincie comme une pelure s'est déchirée autour de l'orifice de ponction ».

3°) *Gastrostomie* :

Si, après l'une ou l'autre des deux opérations précédentes, l'estomac se rétracte bien et reprend sa tonicité, il sera préférable de refermer. Mais si l'estomac reste flasque, si l'évacuation semble imparfaite, ou si la réformation de liquide intra-gastrique semble menaçante, alors peut se poser la question de la gastrostomie. Elle sera à mettre en balance avec un cathétérisme œsophagien (ou une aspiration continue).

Cette opération a été faite quatre fois. Trois fois avec succès, par Charrier, Servelle et Aharfi et avec un décès par Matry.

Cette gastrostomie peut être faite avec la sonde de Pezzer ainsi que l'a pratiquée Charrier en utilisant l'orifice de ponction au trocart ; mais la suggestion du Professeur Cadenat, paraît de plus intéressantes, qui propose d'imiter les vétérinaires « bien que ce geste paraisse inélégant et choque nos habitudes ». Dans la météorisation, chez les ruminants, les vétérinaires, après une courte incision pariétale basse, ponctionnent l'estomac avec un trocart spécial qu'ils laissent environ quarante-huit heures en place, ce qui constitue une gastrostomie temporaire ; le tout serait d'avoir ce trocart spécial.

L'expérience nous manquant, il est difficile de dire si ce procédé est préférable à la sonde œsophagienne ; il nous

paraît en tout cas très intéressant, et peut devoir être plus facilement toléré que la sonde œsophagienne, il mérite en tout cas d'être discuté.

Le seul inconvénient de la gastrostomie, mais il est minime, c'est de créer une petite fistule qu'il faudra traiter par la suite.

II. — LES ANASTOMOSES

Ces opérations ont été conçues comme des opérations de dérivation parce qu'on croyait à un obstacle organique pylorique ou plus souvent duodénal : la pince artério-mésentérique. Mais aujourd'hui que la notion d'obstacle organique a fait place à celle des troubles fonctionnels, ces anastomoses n'auraient plus de raison d'être que si elles permettaient mieux que les autres procédés, et sans danger, l'évacuation immédiate et l'évacuation prolongée de l'estomac. Nous aurons donc à rechercher si elles remplissent ce rôle ; si elles ne le remplissent pas, elles sont à éliminer.

Elles sont de deux sortes :

la duodéno-jéjunostomie et la gastro-enterostomie.

1°) *La duodéno-jéjunostomie* : est née de la notion d'un obstacle duodénal et en particulier de l'hypothèse de l'occlusion par la pince artério-mésentérique, mais cette occlusion n'a pas été retrouvée bien qu'on l'ait soigneusement recherchée.

Cette anastomose n'a été pratiquée que deux fois : « une fois sans grand enthousiasme, par Laffitte, et sans grand succès et une fois par Charrier, qui l'a complétée par une gastrostomie, qui lui a paru devoir assurer la vidange de l'estomac avec plus de sécurité.

En outre, cette opération a été jugée impossible ou difficile à certains qui auraient voulu la faire (Cadenat, Rochlin), elle nous paraît donc à rejeter définitivement, à

moins, bien entendu qu'une sténose duodénale ait été rencontrée d'une façon manifeste.

2°) La Gastro-Entérostomie :

Elle a été faite :

- soit comme opération d'emblée (Cadenat) ;
- soit comme opération faite secondairement plusieurs jours après la réussite d'un traitement par tubage (Le Filatre).
- soit comme opération complémentaire après ponction.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici montre que la gastro-entérostomie d'emblée n'est pas à retenir, D'autre part, la gastro-entérostomie faite plusieurs jours après, alors que le malade est guéri, n'appartient plus au traitement d'urgence.

C'est donc uniquement la gastro-enterostomie complémentaire, après ponction, que nous allons étudier.

Elle a été faite cinq fois dans ces conditions (observations I, X, XIII, XXVII et XXX) avec trois décès et deux guérisons.

Les uns l'ont faite sans raison apparente, « parce qu'elle se présentait toute seule », ou « pour finir » ; d'autres l'ont faite dans le but d'assurer la vidange de l'estomac.

Cette opération a été considérée en 1928, par Dujarier comme « l'intervention la plus logique et la plus efficace », tandis qu'Alain Mouchet, en 1942, la traite de « non sens physiologique », parce que « rien ne sert d'anastomoser au jéjunum un estomac paralysé ». En fait, si la gastro-entérostomie s'était avérée utile, même si elle apparaissait comme un non sens physiologique, il faudrait la pratiquer, mais *elle est inutile et elle est dangereuse.*

Elle est *inutile*. Il faut tout de même constater que dans deux cas (Lamarre, Larget et Leriche), les auteurs ont vu « se réaliser sous leurs yeux, le bon fonctionnement de la bouche » et « l'évacuation de l'estomac » ; mais, d'une

façon habituelle elle n'assure pas la vidange de l'estomac, et une preuve de cette inutilité est la classique expérience de Stieda. Mais nous préférons donner de cette inutilité deux sortes de *preuves autopsiques* : c'est la constatation à l'autopsie d'un estomac « énorme » aussi distendu qu'à l'opération, bien que l'anastomose soit perméable (observations I, XXVII et XXIX) preuves cliniques et radiologiques après guérison, ainsi dans le cas Servelle (observation XXX), alors que le malade « se promène » l'estomac est toujours volumineux contenant une grande quantité de liquide.

Elle est dangereuse : car du fait de la minceur des parois qui sont « comme une pelure » (observation IX), elle présente des difficultés et il y a un gros danger de lâchage des sutures. D'autre part, la gastro-entérostomie précolique (observations X et XXVII), est une mauvaise opération et la gastro-entérostomie au bouton de Jaboulay (observations I et XIII) vient encore récemment d'être condamnée par l'Académie de Chirurgie.

Donc, bien que dans deux cas elle ait indiscutablement assuré une bonne évacuation de l'estomac ; étant donné qu'elle est d'une façon habituelle inutile, et qu'elle est dangereuse, elle ne peut être utilisée ni comme une opération évacuatrice d'emblée, ni comme une opération évacuatrice complémentaire ; et comme il y a des procédés complémentaires beaucoup plus simples et en particulier l'aspiration continue ; ou la gastrostomie, la gastro-entérostomie paraît également à rejeter.

En terminant, nous dirons un mot de la jéjunostomie qui devrait trouver sa place au traitement général et non en traitement évacuateur. Préconisée par Alain Mouchet, elle n'a été pratiquée qu'une fois (observation XXXVIII) après ponction de l'estomac ; et le malade est mort avant qu'on n'ait eu le temps de commencer à utiliser la sonde jéjunale. Il est donc difficile de juger de son intérêt.

En résumé, en présence d'une D. A. S. de l'estomac, ce qu'il faut avant tout et immédiatement, c'est vider l'estomac. On essaiera d'abord le tubage ; s'il ne réussit pas,

l'aspiration continue ; et si l'on n'obtient pas de succès rapide on procédera immédiatement à un acte opératoire. Cette opération simple sera représentée par une opération évacuatrice, c'est-à-dire d'abord : la ponction de l'estomac ; ponction de l'estomac, qui, si elle ne suffit pas sera élargie en gastrotomie. Afin de prolonger l'effet évacuateur une gastrostomie pourra être faite, bien qu'ici déjà, la discussion soit possible entre celle-ci et l'aspiration continue, quant aux opérations d'anastomose elle paraissent à rejeter.

TRAITEMENT MEDICAL

Le premier geste thérapeutique a été de vider l'estomac par l'un des moyens : tubage, aspiration, ponction de l'estomac ; et alors dans quelques cas, à la suite de ce traitement, et très rapidement, la guérison est survenue. Le succès thérapeutique de cette vidange de l'estomac peut être différemment expliqué : suppression de la gêne mécanique qui pour les anciens auteurs était cause des troubles cardio-vasculaires, et il ne faut pas trop ironiser sur cette explication mécanique ; suppression de la rétention toxique ; suppression des troubles sécrétoires et de l'état de Schock, par la reprise de la tonicité de l'estomac.

Dans les cas où la guérison a été obtenue par cet acte de vidange ; ou bien l'on n'a fait aucun traitement médical (observations VIII, XIII, XXX, XXXI et XXVIII) ; ou bien il a suffi d'y joindre une thérapeutique très simple de réhydratation, de rechloruration et de toni-cardiaques (observations V, XIII, XVI).

Mais dans les cas les plus habituels ; ce traitement évacuateur ne suffit pas, et l'on reste en présence des symptômes locaux et généraux de cette affection (dilatation gastrique, hyperliquidie gastrique, collapsus cardio-vasculaire) contre lesquels seul le traitement médical doit s'efforcer de lutter.

Contre ces symptômes on aura à sa disposition deux ordres de thérapeutique :

une thérapeutique générale,
et une thérapeutique élective.

1°) *LE TRAITEMENT GENERAL* comprend la réhydratation, la rechloruration et la médication toni-cardiaque.

La *réhydratation* est un geste aussi instinctif que celui de vider l'estomac. Devant cette énorme perte de liquide, il est naturel d'essayer de redonner par tous les moyens à l'organisme cette eau dont il a besoin. Dans les anciennes observations on se servait de goutte à goutte et de sérum sous-cutané, soit sucré, soit salé ; mais depuis que la notion d'exhéimie s'est répandue, c'est l'administration de sérum intra-veineux en abondance, par perfusion ou grâce à l'appareil de Jouvelet, qui est revenue à l'honneur. Cette méthode de réhydratation permet aussi d'y ajouter des toni-cardiaques et du sérum salé hypertonique.

La *rechloruration*, introduite en France par Gosset, Binet et Petit-Dutaillis, a donné d'excellents résultats dans la D. A. post-opératoire, mais il semble bon d'y associer l'examen fréquent du taux des chlorures, ce qui semble difficile à réaliser dans tous les hôpitaux.

Il faudra y ajouter aussi des *analeptiques*, ce qui a été fait par la plupart des auteurs. L'éphédrine, l'éphétonine, le suprifène, le cardio-vasculaire, le sympathol, l'éther benzylque de la benzyléthylméthylamine (COC), les bases xanthiques et l'anhydride carbonique seraient les meilleurs analeptiques, d'après Dautrebande et Charlier, qui ont moins d'estime pour la coramine, le cardiazol, le solucamphre, l'huile camphrée et aiment peu l'adrénaline.

Cette médication ne s'adresse pas à la cause, elle aide le malade à guérir, et à vérifier le vieil adage d'Ambroise Paré « Je le pançai, Dieu le guéry ».

Mais, remettre de l'eau, remettre du sel, si l'on n'arrive pas à arrêter cette fuite de l'eau et du sel, c'est se livrer au

jeu stérile et épuisant des Danaïdes. Il faut donc s'adresser à une autre médication.

2°) *MEDICATION ELECTIVE* : La seule médication qui doit être efficace, c'est celle qui essaie d'agir sur la cause du formidable dérèglement neuro-végétatif qui se traduit par la D. A. S. de l'estomac, ou sur ses éléments. Essais contradictoires, ce qui s'explique par la contradiction des théories régnantes ; essais qui n'apportent pas à l'appui de leur valeur la constatation de succès répétés.

Ceux qui procèdent de la théorie la plus en cours et qui voient dans la D. A. un état d'excitation du sympathique avec ou sans atonie vagale, ont utilisé les paralysants du sympathique.

Le tartrate d'ergotamine ou gynergène n'a été employé que par Cauchoix et Marzet, l'injection quotidienne de un demi milligramme n'a pas empêché le malade de succomber le sixième jour après continuation des symptômes. La prostigmine recommandée par Hernando a été employée par Mouchet (observation XXVI) « sans obtenir de résultat probant ». De même pour l'ésérine employée par Simon. Mais la grande méthode actuelle pour obtenir la paralysie du sympathique, c'est l'infiltration des splanchniques préconisée par Leriche, et dont les effets ont été étudiés d'une façon très complète dans la thèse récente de son élève Servelle (Paris, 1942).

Cette infiltration des splanchniques n'a été faite que dans sept cas de D. A. S. de l'estomac. Mais parmi ces sept cas, deux fois elle a été faite par Servelle vingt et trente jours après la période aiguë alors que le malade « se promenait » ou « allait bien et se levait » et son utilisation dans ces deux cas ne démontre rien.

Dans les cinq autres cas où elle a été employée (observations XXXIII, XXXIV, XXVI, XXIX et XL) en période aiguë elle se semble avoir produit aucun effet.

Il ne s'agit pas un instant de contester le rôle de l'in-

filtration des splanchniques ; sur la motilité de l'estomac, rôle bien prouvé par l'expérimentation et l'examen radiologique chez l'animal et chez l'homme. Mais personne n'a prouvé l'action de l'infiltration des splanchniques dans la D. A. de l'estomac. La rachi-anesthésie qui, lorsqu'elle est faite haute peut se rapprocher de cette infiltration splanchinique a été employée deux fois, sans aucun effet.

Ceux qui croient à une paralysie brusque du pneumogastrique ont essayé la pilocarpine (observation XLII) sans plus de succès.

Enfin ceux qui ont admis la théorie de « l'orage vagal », de Reischauer, ont employé l'atropine (Einhorn et Hepp) dans ces deux cas le malade a guéri, sans que l'on puisse dire que ce soit grâce à l'atropine. En tout cas, l'emploi heureux d'une médication « d'une façon générale si sévèrement prohibée » et considérée par certains comme un non sens, est assez digne de remarque.

Cette thérapeutique a été employée plus particulièrement huit fois avec cinq morts et trois guérisons.

Cet échec ne doit pas nous étonner, et une fois de plus l'expérience vient confirmer ce que Tinel dans son livre remarquable a dit si judicieusement au sujet de la thérapeutique spécifique des troubles neuro-végétatifs. Cet auteur a insisté sur ce fait qu'il avait fallu en revenir des espoirs fondés sur une thérapeutique électivement stimulante, trop de causes intervenant pour faire varier l'action très complexe et parfois contradictoire des médicaments employés.

Si bien qu'il ajoutait que « dans la plupart des cas, les troubles végétatifs bénéficient d'une médication sédative ou tonique générale et non spécifiquement élective ».

Pour conclure notre chapitre de thérapeutique et pour condenser la ligne de conduite simple et précise que nous cherchons à donner, nous la résumons dans cette triple indication :

1°) Vider l'estomac par tubage, aspiration ou acte opératoire ;

2°) Réparer les fuites, en eau et en sel, par réhydratation et rechloruration ;

3°) Soutenir le tonus cardio-vasculaire.

Comme on le voit cette thérapeutique reste purement empirique et symptomatique et c'est parce que nous n'en sommes qu'à ce stade, que les résultats sont encore si décevants.

La thérapeutique étiologique et élective est encore toute à trouver et ne pourra l'être que par une collaboration sans cesse demandée des chirurgiens, des physiologistes et des chimistes. Collaboration sans cesse demandée et si loin encore d'être réalisée.

Peut-être aussi perdons-nous tant de malades parce qu'aussi rapidement qu'ils soient amenés, ils arrivent encore trop tard. Le Chirurgien ne voit la D. A. S. de l'estomac qu'au stade terminal de volumineux ballon gastrique, xypho-pubien et à ce moment, sauf pour quelques cas heureux le dérèglement neuro-végétatif, peut être encore corrigible au début, est devenu irréversible. Si l'on pouvait voir le malade avant ce stade, on se trouverait peut-être ramené au type habituel de la D. A. gastrique post-opératoire ; celle-ci grâce à la surveillance de l'opéré est prise dès le début, à la moindre régurgitation noire, au moindre fléchissement du pouls, à la moindre voussure épigastrique, et elle guérit d'une façon habituelle par les moyens simples du tube de Faucher et de la seringue à sérum hypertonique intra-veineux ; et ainsi la dilatation aiguë spontanée serait ramenée à cette simplicité dont parlait Mondor quand il disait « trop de subtilité nuit à la simplicité ».

CONCLUSION

I

A propos d'un cas de dilatation aiguë spontanée de l'estomac, qui a été opéré et s'est terminé par la guérison, il nous a paru intéressant de relire les observations de langue française parues depuis plus de trente ans, dont nous avons pu rassembler 46 cas, et d'en faire une étude critique au point de vue diagnostic, des causes de la mortalité, et des directives à donner au traitement.

II

Un diagnostic précis est absolument indispensable pour l'application urgente d'un traitement convenable.

L'examen clinique, malgré un ensemble de symptômes, toujours les mêmes, ne permet pas, à quelques exceptions près, de formuler ce diagnostic. Il laisse en général le chirurgien dans l'indécision ou aboutit aux mêmes erreurs invariablement répétées.

Seul l'examen radiologique apporte la certitude, mais il y a lieu d'insister parmi les procédés d'examens, sur l'importance de l'examen (scopie et graphie), par lavement baryté. Cet examen par lavement baryté doit être considéré comme indispensable et non comme accessoire. Dans les cas où les autres procédés (examen debout sans préparation, examen couché, examen en position de Trendelenburgh, ont permis d'affirmer le diagnostic, il en apporte la confirmation ; mais dans les cas nombreux où ces examens ont laissé dans l'indécision, il apporte la révélation, en mar-

quant par l'image du côlon transverse le contour d'un estomac volumineusement distendu. Si, par ce signe dont Laffitte a le premier montré la valeur, il est possible d'éliminer les causes habituelles d'erreurs et en particulier l'occlusion intestinale, c'est par lui qu'il sera également possible de distinguer le volvulus gastrique de la dilatation aiguë.

III

La mortalité de cette affection est très grande, puisqu'elle atteint le taux de 76 % des cas.

Il n'apparaît pas que cette mortalité soit influencée par les causes étiologiques favorisantes ou déterminantes, à l'exception de quelques types cliniques que nous avons signalés.

Il ne semble pas non plus, que le traitement appliqué puisse être incriminé, et en particulier, il ne paraît pas que l'on puisse imputer cette mortalité à l'acte opératoire, quel qu'il soit, pas plus qu'on ne peut reconnaître à l'un quelconque des nouveaux procédés thérapeutiques préconisés, une vertu curative prééminente.

Dans l'impossibilité où l'on est de dire actuellement, pourquoi les uns guérissent et les autres meurent, dans une proportion si effrayante, il faut se borner à constater que dans certains cas, l'évolution de l'affection est très rapidement arrêtée par le traitement évacuateur qu'il soit dit médical ou chirurgical (tubage, aspiration, acte opératoire) et par une médication très simple de réhydratation et de toni-cardiaques). Tandis que dans la plupart des cas, les troubles qui caractérisent la dilatation spontanée aiguë (dilatation gastrique, hyperliquidie gastrique, collapsus cardiovasculaire) continuent à se manifester en dépit de tout le traitement mis en œuvre, et c'est là un des traits les plus frappants de cette affection. Parfois, après une amélioration passagère, il se produit une rechute qui emporte finalement le malade.

IV

Il règne encore, en matière de traitement, une incertitude et une indécision qu'expliquent la pauvreté de l'expérience acquise, l'imprécision et la contradiction des théories émises, les échecs décevants sans cesse répétés.

Il est pourtant nécessaire d'adopter une ligne de conduite thérapeutique simple et précise.

Vider l'estomac de la façon la plus urgente, par les moyens les plus simples : d'abord tubage, aspiration continue, et s'ils ne réussissent pas, par une acte opératoire exécuté sans perdre de temps (ponction de l'estomac, élargie en gastrotomie si nécessaire et pouvant être suivie de gastrostomie temporaire).

Parer le plus tôt possible à l'énorme spoliation liquide dont souffre le malade par les moyens habituels de réhydratation et relever le tonus cardio-vasculaire par la médication toni-cardiaque ou analeptique courante ; telles sont les indications les plus pressantes et les plus certaines qui réalisent comme on le voit un traitement encore au stade purement empirique et qui s'apparente en partie à la médecine vétérinaire.

Quant au traitement causal ou électif de ce formidable dérèglement neuro-végétatif qu'est la dilatation spontanée aiguë de l'estomac, seul traitement qui serait véritablement « logique et rationnel » ; il se résume encore à ce jour, en des indications imprécises, contradictoires, sans fondement certain, et dont il est plus facile de dénombrer les échecs que les succès thérapeutiques.

Toute la question de la dilatation spontanée aiguë est encore à reprendre par une collaboration sans cesse demandée des chirurgiens, des physiologistes et des chimistes, à moins que la vérité ne se trouve simplement dans la mise en œuvre extrêmement précoce des traitements très simples que l'on oppose à la dilatation aiguë de l'estomac post-opératoire et qui guérissent habituellement.

5

Vu, le Doyen : Vu, le Président de Thèse :
Léon BINET. SENEQUE

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH.

Référence	SEXE	AGE	Etat général habituel	Antécédents	Circonstances immédiates (y a-t-il bon repas)	signes généraux	Durée de l'évolution	Examen radiologique
I LERICHE Revue Médécine : Oct. 1911. p. 447.	H	20		?	+	état péri- tonéal grave	48 heures	0
II SALLIER-DUPIN Thèse Paris, 1922.	H	19	bon	✓	+	faciès grippé. Pouls filant 160	36 heures	0
III HERNANDO Journal de Médecine de Bordeaux, 1923, p. 396.	F	37	ulcus du pylore depuis 20 ans. Aurait déjà eu crises de ballonnement.		?	très déprimée Pouls faible 130	48 heures	0
IV SCHWARTZ Soc. ch. : 1926, p. 162	H	50	?	?	+	moribond	9 heures	0
V CHARRIER Soc. ch. : 30 nov. 1927	F	29		0	début progressif 7 à 8 jours	faciès altéré. Pouls misérable 135	8 jours	0
VI MATRY Soc. ch. : 11 janv. 1928	H	15	?	?	+	moribond	26 heures	0
VII GIRGHEINSON Soc. ch. : 11 janv. 1928	H	19	?	?	+	?	?	0
VIII FARQUHAR Soc. ch. : 11 janv. 1928	F	23	?	?	absorption de 1 livre de figues	état grave	24 heures	

AGNOSTIC	T R A I T E M E N T		Suite immédiate (mort ou guérison)	Autopsie
	Non opératoire	Opératoire		
0	0	1° Ponction estomac. 2° Gastrotomie. 3° Gastro-entérostomie.	MORT 2 heures après l'opération	+
?	0	1° Essai infructueux de Tubage à ventre ouvert. 2° Ponction estomac.	MORT 16 heures après l'opération	+
Dilatation aigüe l'estomac	Tubage gastrique	A	MORT la nuit suivante	0
volvulus l'estomac	A	Ponction estomac	MORT 1 heure après l'opération	0
occlusion du grêle	Tubage	1° Ponction de l'estomac. 2° Duodeno-jejunostomie. 3° Gastrostomie complé- mentaire.	Etat précaire pendant 2 jours GUERISON	
Dilatation aigüe l'estomac	A	1° Tubage à ventre ouvert. 2° Gastrostomie.	MORT 3 heures après l'opération	+
?	A	Ponction de l'estomac	MORT 2 jours après l'opération (2 perforations)	+
?	A	1° Ponction estomac. 2° Gastrotomie.	GUERISON	0

Référence	SEXE	AGE	Etat général habituel	Antécédents	Circonstances immédiates (+ = bon repas)	signes généraux	Durée de l'évolution	Examen radiologique
IX AUVRAY Soc. ch. : 1928, p. 85.	F	28	?	?	?	état très grave	28 heures	0
X KUMMER Soc. ch. : 1928, p. 294.	H	19	bien portant	0	+	Pouls petit : 85	18 heures	0
XI PETRIDIS Soc. ch. : 1928, p. 498.	H	14	bien portant	Tétanos 14 jours Reprise de l'alimen- tation depuis quelques jours.		mauvais état faciès péritonéal Pouls petit d'irres- sible 120	7 à 8 jours	0
XII LE FILIATRE Soc. ch. : 1928, p. 760.	F	41	bien portante	abcès sous-péri- tonéal 2 ans avant	+	faciès péritonéal extrémités refroidies	5 jours	Examen radiosc. Estomac distendu des gaz et qui rem- plit tout l'abdomen.
XIII LAMARKE & LARGET Soc. ch. : 1928, p. 1328.	H	61	malade maigre	coigné pour troubles dyspeptiques	0	mauvais état	2 jours	0
XIV NEE Normandie médicale : nov. 1928.	?	?		6 jours après le cécrot d'une pneumonie		pouls incom- table	18 heures	0
XV D. FERREY Soc. ch. : février 1934.	H	30	bon état, mais crises doulou- reuses abdominales tous les mois en- viron, depuis deux ans sans accuse.		+	moribond	5 heures	0

DIAGNOSTIC fait	T R A I T E M E N T		Suite immédiate (mort ou guérison)	Autopsie
	Non opératoire	Opératoire		
appendicite avec péritonite généralisée	0	1° Incision iliaque droite. Exploration. 2° Incision médiane. Ponction estomac.	MORT 8 heures après l'opération	+
perforation gastrique ou duodénale	2	1° Ponction estomac. 2° Gastrotomie. 3° Gastro-entérostomie an- tériure.	MORT 6 jours après l'opération de pneumonie	+
occlusion intestinale probablement invagination	2	1° Ponction estomac. 2° Gastrotomie.	MORT 8 heures après l'opération	+
occlusion haute	Tubage	Opération 6 jours après le tubage. Gastro-enterostomie posté- rieure.	GUERISON	O
Dilatation de l'estomac	Tubage le 1 ^{er} jour. Impos- sibilité d'amorcer le tube de Faucher les jours suivants.	1° Ponction estomac. 2° Gastro-enterostomie pos- térieure.	GUERISON	O
?	0	Laparatomie exploratrice. On referme et on fait tubage.	MORT quelques heures après l'opération	+
	0		MORT 5 heures après le début des douleurs (8 heures après le repas)	+

Référence	Références	AGE	Etat général habituel	signes généraux	Durée de l'évolution	Examen radiologique
XVI MEE Normandie médicale : octobre 1935.	F	29	convalescente de longue maladie fébrile. Très amaigrie.	0	faciès péritonéal Etat très précaire	4 jours 0
XVII RODE Diagnostic urgents (Mondor)	H	43	tuberculose cavitaire	0	faciès péritonéal Etat très précaire	4 jours 0
XVIII MONGE Thèse : Lathoumétique Marseille : 1934-1935.	F	68	médiocre	digestions lentes convalescente de broncho-pneumonie	très grave	24 heures Scopie sans préparation : Large niveau liquide sous la coupole diaphrag gauche manifestation gas trique.
XIX EINHORN Archives des maladies du tube diges tif. janv. 1938.	H	?	mauvais	convales cent de septicémie	mauvais	3 jours ?
XX CICCONARDI Soc. ch. : 1938, p. 388.	F	55	ulcus duodénal depuis de nom breuses années.	?	?	quelques heures 0
XXI CICCONARDI Soc. ch. : 1938, p. 388.	H	54	ulcus de la paroi post du bulbe duodénal.	?	?	48 heures 0
XXII H. LAFFITE Soc. ch. : 1941, 15 oct.	H	54	mauvais	opéré d'une hernie	+	faciès anxieux grippé 48 heures 1° Graphie debout sans préparation : 2 niveaux liquides haut situés. 2° Radio après lavement baryté : Transverse refoulé vers le pubis.

DIAGNOSTIC fait	T R A I T E M E N T		Suite immédiate (mort ou guérison)	Autopsie
	Non opératoire	Opératoire		
Occlusion aigüe du duodénum	Tubage et position de Trendelenburgh inversée.	2	GUERISON	O
Dilatation aigüe de l'estomac	2	Laparatomie exploratrice. Traction manuelle sur le mésentère.	GUERISON ? ou MORT ?	O
Dilatation aigüe de l'estomac	Tubage gastrique	2	GUERISON rechutes successives	O
Dilatation aigüe de l'estomac	Tubages		GUERISON	O
Perforation aigüe	2	Laparatomie immédiate. On referme sans avoir rien fait. Lavages gastriques consé- cutifs.	MORT 5 jours après l'opération	
Dilatation aigüe	Tubage	2	MORT au bout de 2 jours	
Dilatation gastro- duodénale	Tubage	1° Tubage et expression gastrique. 2° Duodeno jéjunostomie.	MORT 4 jours après l'opération assez brusque	O

Référence	SEXE	AGE	Etat général habituel	Antécédents	Circonstances immédiates + = bon (pas)	signes généraux	Durée de l'évolution	Examen radiologique
XXIII LOHEAC Soc. ch. : 3 juin 1942.	H	71	sous ali- menté	?	+	refroi- dissement des extrémités mauvais état	quelques heures	Radio sans préparation négative.
XXIV LOHEAC Soc. ch. : 3 juin 1942.	H	72	mauvais cypho- tique	0?	+	très mauvais état pouls imper- ceptible	24 heures	0
XXV MOUCHET Soc. ch. : 3 juin 1942.	H	73	crises abdomina- les en 1935 et 1938.	+	+	état général très touché Pouls rapide et mou	36 heures	Radio debout sans préparation Enorme estomac plein de liquide. Radio après lavement baryté : Cadre colique qui rem- plit bien. Traverse com- plètement refoulé dans le pelvis.
XXVI MOUCHET Soc. ch. : 3 juin 1942.	H	43	malade maigre	?	?	pas de fièvre	3 jours	Radio debout sans préparation Grosse bulle gazeuse et plusieurs niveaux liquides. Radio après lavement baryté : Le colon s'injecte mais le transverse est complé- tement refoulé dans le pelvis.
XXVII ROCHLIN Soc. ch. : 3 juin 1942.	H	52	?	?	?	grave	8 jours	Ex radio sans préparation : Enorme niveau liquide pelvien remontant jus- qu'au crêtes iliaques.
XXVIII BOPPE Soc. ch. : 3 juin 1942. Revue criti- que de Path. et Thérap. : février 1932, pp. 129-136.	H	63	malade maigre	0	+	malade prostré Pouls rapide petit	24 heures	0
XXIX CADENAT Soc. ch. : 3 juin 1942.	H	48	?	?	+	alé- ra- tion mar- quée de l'état général	quelques heures	Radio sans préparation : Niveau nettement gas- trique.

DIAGNOSTIC fait	T R A I T E M E N T		Suite immédiate (mort ou guérison)	Autopsie
	Non opératoire	Opératoire		
Dilatation gastrique	Position genu pectorale échec. Tubage.		MORT	O
Dilatation aigüe de l'estomac	Tubage gastrique		MORT	O
Dilatation aigüe de l'estomac	Aspiration continue		MORT au 5 ^e jour sans phénomènes gastro- intestinaux	O
Occlusion du grêle		Ponction de l'estomac	MORT 2 jours après l'opération	+
Occlusion intestinale		1 ^e Ponction estomac. 2 ^e Gastro-enterostomie pos- térieure précolique.	MORT 24 heures après l'opération	O
Dilatation aigüe de l'estomac	Tubage gastrique		MORT quelques heures après	O
Dilatation aigüe de l'estomac	Aspiration duodénale	Gastro-enterostomie après 10 jours de traitement par aspiration.	MORT aussitôt l'opération	+

Référence	SEXE	AGE	Etat général habituel	Antécédents	Circonstances immédiates (+ = bon temps)	signes généraux	Durée de l'évolution	Examen radiologique
XXX SERVELLE (Chirurgie du splanchnique) 1942. Obs. XXX .	H	21	aurait eu 12 ans avant donlenrs abdominales.		0	Pouls 110 Respiration accé- lérée	8 jours	Radio sans préparation Enorme poche liquidien région épigastrique ; nive liquide allant des faus côtes droites aux faus côtes gauches.
XXXI SERVELLE (Chirurgie du splanchnique) 1942. Obs. XXXI .	H	29	depuis 2 ans brû- lures d'estomac.			malade schoké	6 heures	0
XXXII SERVELLE (Chirurgie du splanchnique) 1942. Obs. XXXIV .	H	16	légères brûlures post prandiales.			T : 38 P. 80	24 heures	0
XXXIII LEGER Thèse Ger- main, Paris, 1943. Obs. n° 4.	H	20	opération pour position vicieuse du genou gauche deux mois avant plâtre.		+	grave	24 heures	Debout sans préparation Large niveau gastri- que Large niveau liquide g trique surmonté d'une ghe à air. Position de Tren- delenburg : Liquide refoulé sous coupole diaphragmatique
XXXIV HEPP Soc. ch. : 3 juin 1942. et Thèse Ger- main. Obs. 8.	H	60	?	?		faciès tiré pouls petit : 140	13 heures	Debout sans préparation Ne montre pas de nive la radio n'ayant pas jusqu'aux coupoles. 2° radio : énorme bu gazeuse, niveau liqui très étendu.
XXXV HEPP Soc. ch. : 3 juin 1942. et Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 9.	F	55	malade porteur d'un anus sur le sigmoïde avec énorme éventra- tion.			aspect misérable schok très marqué	48 heures	0

DIAGNOSTIC fait	T R A I T E M E N T		Suite immédiate (mort ou guérison)	Autopsie
	Non opératoire	Opératoire		
Dilatation aigüe de l'estomac	Essai de tubage sans succès	1°. Ponction estomac. 2° Gastro-entérostomie.	GUERISON sort 2 mois après l'hôpital	O
Ulcus perforé		1° Ponction estomac. 2° Gastrostomie.	GUERISON	O
Syndrôme de perforation		Laparatomie exploratrice	MORT 2 jours après l'intervention	
Dilatation aigüe de l'estomac	Aspiration gastrique con- tinuée avec sonde de Levin.		GUERISON en 24 heures	O
?	1° Aspiration continue. 2° Tubage.		GUERISON	O
Stranglement de l'événtration		Laparatomie exploratrice.	MORT 3 heures après lavage d'estomac et sérum I. V.	O

Référence	SEXE	AGE	Etat général habituel	Antécédents quelques troubles dyspeptiques	Circonstances immédiates (+ = bon relas)	signes généraux	Durée de l'évolution	Examen radiologique
XXXVI HEPP Soc. ch. : 3 juin 1942. et Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 10.	F	55	lame- nable Parkinson		+	Pouls bien frappé	10 heures	0
XXXVII HEPP Soc. ch. : 3 juin 1942. et Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 11.	H	51		?	?	moribond	?	0
XXXVIII CAMPAGNE Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 12	H	45	traité depuis huit jours pour troubles dyspep- tiques et bron- chite chronique.			très choqué	24 heures	
XXXIX SEILLE Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 14.	H	41	malade maigre, émacié, chômeur		+	Pouls à peine accélééré	24 heures	Scopie debout sans préparation : Niveau horizontal sous- diaphragmatique très étendu.
XL POISSONNET Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 15.	F	50	débilité mentale		+	malade cachec- tique	4 jours	Scopie debout sans préparation : Pas d'images hydro-aéri- ques mais grisaille uni- forme. Radio après lavement baryté : Colon littéralement re- foulé dans le bassin.
XLI AHARIFI Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 16.	H	82	m's au régime	?		Pouls 85 cyanose des extrémités	3 jours	Radio après lavement baryté : Arrêt à l'angle droit.
XLII CAUCHOIX & MARZET Thèse Ger- main - 17. Paris 1943. Obs. 17.	H	37	soigné pour ulcus duodéal.		+	moribond	16 heures	Scopie sans rpéparation : Grisaille uniforme. Une bouchée de baryté absorbé n'est pas aperçue. Graphie sans préparation : Niveau liquide horizon- tal au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac.

DIAGNOSTIC fait	T R A I T E M E N T		Suite immédiate (mort ou guérison)	Autopsie
	Non opératoire	Opératoire		
Occlusion haute du grêle	0	1 ^{re} Sonde duodénale à ven- tre ouvert. 2 ^o Ponction estomac. 3 ^o Tubage les jours sui- vants.	MORT 12 jours après l'opération de complications pulmonaires	+
Ulcère perforé	0	Estomac dilaté et perforé. Laparatomie exploratrice.	MORT quelques heures après l'opération	0
Perforation gastrique		1 ^{re} Ponction estomac. 2 ^o Jéjunostomie.	MORT 36 heures après l'intervention	+
Dilatation aigüe de l'estomac	Essai de tubage gastrique. Le tube s'obstrue.	Gastrotomie.	MORT 24 heures après l'opération	+
Dilatation aigüe de l'estomac	Tubage gastrique.	0	MORT 48 heures après le 1 ^{er} tubage	0
Obstruction, colique néo- plasique	0	Gastrotomie.	MORT 7 jours après de complications pulmonaires	0
No.1 fait	Aspiration continue.	Gastrotomie.	MORT 6 jours après de péritonite par perforation	

Référence	SEXE	AGE	Etat général habituel	Antécédents	Circonstances immédiates (+ : bon repas)	signes généraux	Durée de l'évolution	Examen radiologique
XLIII SIMON Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 18.	H	58	bon			schoké collapsus	5 heures	0
XLIV RUDLER Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 20.	H	70	cachec- tique	?	+	état très grave	24 heures	0
XLV GAUTHEY Thèse Ger- main. Paris 1943. Obs. 21.	H	56	homme solide	0	+	état très grave Pouls très petit 160	24 heures	Scopie sans préparation : Abdomen rempli par masse opaque limitée en hauteur par niveau liquide.
XLVI PELTIER Obs. inédite.	H	45	homme solide	0	+	état grave	36 heures	1° Graphie debout sans préparation : Ne montre pas de niveau liquide. 2° Graphie après lavement baryté Le colon transverse est refoulé, jusqu'au pubis par masse arrondie.

DIAGNOSTIC fait	T R A I T E M E N T		Suite immédiate (mort ou guérison)	Autopsie
	Non opératoire	Opératoire		
Non fait	0	Gastrectomie. Tout le tube digestif est liaté.	MORT 2 heures après l'intervention	0
Non fait	0	1° Ponction estomac. 2° Gastrotomie.	MORT aussitôt après l'opération	0
Dilatation aiguë de gastro- duodénale	Tentative de tubage. Tube bien enfoncé, mais s'obstrue.	0	MORT aussitôt après l'essai de tubage	+
Dilatation aiguë de l'estomac	Tentative tubage. Tube bien enfoncé, mais ne donne rien.	Ponction estomac.	GUERISON	0

ÉVREUX. — IMPRIMERIE HÉRISSEY

Dépôt légal. — 2^e trimestre 1948.

